



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA VELOZO DA SILVA

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COM CÂNCER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS**

**SALVADOR
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RITA DE CÁSSIA VELOZO DA SILVA

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COM CÂNCER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enêde Andrade da Cruz.

**SALVADOR
2009**

S 586 Silva, Rita de Cássia Velozo da.

Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer: Representações Sociais de Enfermeiras/Rita de Cássia Velozo da Silva. – Salvador [s.n.], 2009.

193 p.: il

Orientadora: Professora Doutora Enêde Andrade da Cruz.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem.
Universidade Federal da Bahia

1. Enfermagem oncológica. Planejamento da assistência ao paciente. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Oncologia. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU: 616-083
616-006

Ficha catalográfica preparada pela bibliotecária Ana Rosa Montenegro Marques

CRBa-5ª n°595

RITA DE CÁSSIA VELOZO DA SILVA

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COM CÂNCER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Enêde Andrade da Cruz _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria de Fátima Batalha de Menezes *Maria de Fátima Batalha de Menezes* _____

Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Mirian Santos Paiva _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Therezinha Teixeira Vieira (Suplente) _____

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Agradeço a Deus por minha existência e por ter me permitido chegar até aqui.

À minha mãe Beatriz (in memoriam) por me ter feito acreditar que tudo me era possível.

A meu marido Valtérico e meus filhos Fellipe e Adriana pela compreensão, carinho e apoio.

A meus irmãos, Rita, Fred e Mateus, por existirem.

À minha sogra, Adélia, pelo exemplo de vida e pela cooperação nessa minha caminhada, cuidando de mim e da minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Enêde Andrade da Cruz, pelo carinho, sabedoria e disponibilidade de orientação durante todas as fases do Mestrado, e, sem a qual, não teria chegado até aqui. Dedico a ela meu apreço e admiração, e agradeço pelo estímulo contínuo.

Às enfermeiras que participaram desta pesquisa, tornando-a possível.

Às professoras: Mirian Santos Paiva, Maria de Fátima Batalha de Menezes e Therezinha Teixeira Vieira, por aceitarem participar de minha banca.

À doutoranda Evanilda Carvalho pelo companheirismo nessa jornada e pela importante colaboração na defesa desta dissertação.

À Flávia Firmino e Iranete Silva, um agradecimento especial pelo desprendimento em contribuir comigo nesse processo.

À minha coordenadora Rosemeyre Cavalcante, pela colaboração e compreensão nas minhas ausências do serviço para viabilizar este estudo.

Às colegas do Mestrado, que compartilharam comigo algum momento deste processo, em especial Miriam, Lígia e Andréa.

A todas (os) profissionais que trabalharam comigo no HSR, pelo companheirismo, aprendizado e amizade. E aos meus pequenos pacientes e suas famílias, que tanto me ensinaram ao longo desses anos, como pessoa e como profissional. A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa trajetória.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA, e ao suporte da Secretaria da Pós-Graduação, em especial a Ivan.

Agradeço também ao apoio financeiro da CAPES durante o primeiro ano do Mestrado.

O SONHO

Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance de fazer aquilo que quer.
Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.
As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que
aparecem em seus caminhos.
A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas
que passam por suas vidas.

(Clarice Lispector)

SILVA, Rita de Cássia Velozo da. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: representações sociais das enfermeiras**. 2009. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

Pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de apreender e analisar as representações sociais elaboradas por enfermeiras sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, através da determinação do núcleo central e periférico. Foram coletadas as evocações livres de 41 enfermeiras de uma organização hospitalar especializada em cancerologia, estimuladas pela expressão “planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer”, analisadas pelo software EVOC, além de entrevistas com 16 profissionais, cujo conteúdo foi submetido à análise temática de conteúdo. Os resultados apontam que a estrutura das representações sociais das enfermeiras acerca do planejamento da assistência ao paciente com câncer tem como elemento central o cuidado humanizado que requer uma organização dessa assistência para atender as necessidades peculiares desses pacientes. O planejamento da assistência é entendido no senso comum desses sujeitos como sendo a própria sistematização da assistência, embora compreendam que, diante da complexidade envolvida na atenção ao paciente com câncer, essa atividade ultrapassa a esfera do técnico e transcende para um planejamento mais abrangente e que contemple a subjetividade e a unicidade do indivíduo ao qual o cuidado se destina. As informantes levantaram, ainda, diversos fatores limitantes para que o planejamento da assistência de enfermagem aconteça e contemple as necessidades dos pacientes. Dentre esses fatores se destaca o sofrimento vivido pelas profissionais no cuidado com o paciente com câncer e sua família, o que requer uma estrutura de atenção voltada para elas e sua equipe. Conclui que os resultados desse estudo assinalaram indicadores importantes para a avaliação do planejamento da assistência, na forma como essa atividade se desenvolve, nos instrumentos disponíveis para sua efetivação, na própria estrutura organizacional, e na maneira como os profissionais são envolvidos no processo, desde sua elaboração até a sua execução.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Planejamento da assistência ao paciente. Representações Sociais.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da. **Planning of nursing care to patient with cancer: social representations of nurses**. 2009. 193f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

This exploratory descriptive with quantitative and qualitative approach in order to understand and analyze the social representations made by nurses about the planning of nursing care to patients with cancer by determination of the core and peripheral. We collected 41 free evocation of nurses in a hospital organization specializing in oncology, encouraged by the words "planning of nursing care to patients with cancer," analyzed by EVOC, plus interviews with 16 professionals, whose contents were subjected to thematic analysis content. The results indicate that the structure of social representations of nurses about the care planning for patients with cancer whose central element humanized care requires that an organization such assistance to meet the unique needs of these patients. Care planning is understood in the common sense of these subjects as their own care system, but understand that, given the complexity of care for patients with cancer, this activity goes beyond the sphere of technical and transcends to a more comprehensive planning and addressing the subjectivity and uniqueness of the individual to whom the care is intended. The informants also raised a number of limiting factors to the planning of nursing care takes place and fulfills the needs of patients. Among these factors highlights the suffering experienced by professionals in the care of patients with cancer and their families, which requires a structure of attention on them and their team. I conclude that the results of this study indicated important indicators for assessing care planning, in how this activity develops, the instruments available for its effectiveness in organizational structure, and how traders are involved in the process since its preparation to implementation.

Keywords: Oncology nursing. Planning of patient care. Social Representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ESQUEMAS

1 – Plano de Análise	67
2 – Categorias Centrais das Representações Sociais das Enfermeiras acerca do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	90
3 – Categorias Periféricas das Representações Sociais das Enfermeiras acerca do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	95
4 – Concepção do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	100
5 – Requisitos necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	102
6 – Atributos necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	104
7 – Fatores Intervenientes no Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	105
8 – Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	107
9 – Síntese da análise da Categoria Atributos necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	120
10 – Síntese da análise da Categoria Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	128
11 – Síntese da análise da Categoria Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	135
12 – Síntese da análise da Categoria Fatores Intervenientes no Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	144
13 – Síntese da análise da Categoria Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	150
14 – Síntese da Representação Social das Enfermeiras acerca do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008	152

FIGURAS

1 – Modelo de Análise das Evocações através do Quadro das Quatro Casas	85
2 – Necessidades especiais do paciente com câncer	91

QUADROS

1 – Escala de desempenho de ECOG	34
2 – Graus da toxicidade causada pelo tratamento quimioterápico	36
3 – Critérios de graduação da toxicidade aguda causada pelo tratamento radioterápico	39
4 – Critérios de graduação da toxicidade crônica causada pelo tratamento radioterápico	41
5 – Síntese do Resultado do Teste de Associação Livre de Palavras – Salvador - Bahia, 2008	85
6 – Visualização do Núcleo Central sobre o Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer, Salvador - Bahia, 2008	87
7 – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer, Salvador – BA, 2008	99
8 – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer, segundo representatividade dos sujeitos, Salvador – BA, 2008	109

TABELAS

1 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a Faixa Etária – Salvador, Bahia – 2008	72
2 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo Tempo de Formada (o) – Salvador, Bahia – 2008	72
3 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo Tempo de Atuação na Organização – Salvador, Bahia – 2008	73
4 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo Universidade Formadora – Salvador, Bahia – 2008	75
5 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Especialização – Salvador, Bahia – 2008	76
6 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo Faixa Etária e Outro Vínculo Empregatício – Salvador, Bahia – 2008	78
7 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a área de atuação no Outro Vínculo Empregatício – Salvador, Bahia – 2008	79
8 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável área de Atuação na Organização – Salvador, Bahia – 2008	80
9 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a Capacitação para o Planejamento na Organização – Salvador, Bahia – 2008	81
10 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Sistematização da Assistência de Enfermagem na Organização – Salvador, Bahia – 2008	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANP – Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer
- ANPpro – Atributos Necessários ao Planejamento – Profissionais
- ANPcpa – Atributos Necessários ao Planejamento – Conhecimento sobre o Paciente
- ANPcdo – Atributos Necessários ao Planejamento – Conhecimento da Doença
- ANPcon – Atributos Necessários ao Planejamento – Conhecimento
- ANPexp – Atributos Necessários ao Planejamento – Experiência
- ANPres – Atributos Necessários ao Planejamento – Responsabilidade
- ANPsup – Atributos Necessários ao Planejamento – Supervisão
- ANPpes – Atributos Necessários ao Planejamento – Pessoais
- APP – Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer
- APPstt – Aspectos Psicossociais do Planejamento – Sentimentos
- APPsep – Aspectos Psicossociais do Planejamento – Sentimentos Positivos
- APPsen – Aspectos Psicossociais do Planejamento – Sentimentos Negativos
- APPsat – Aspectos Psicossociais do Planejamento – Satisfação
- APPexp – Aspectos Psicossociais do Planejamento – Expectativa
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CPA – Concepção de Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer
- CPAdif – Concepção de Planejamento da Assistência – Diferenciado
- CPAati – Concepção de Planejamento da Assistência – Atividades Diversificadas
- CPAsae – Concepção de Planejamento da Assistência – Sistematização da Assistência
- CPAger – Concepção de Planejamento da Assistência – Geral
- CPAhis – Concepção de Planejamento da Assistência – Histórico
- CPAdie – Concepção de Planejamento da Assistência – Diagnóstico de Enfermagem
- CPAplc – Concepção de Planejamento da Assistência – Plano de Cuidados
- CPAimp – Concepção de Planejamento da Assistência – Implementação
- CPAevo – Concepção de Planejamento da Assistência – Evolução de Enfermagem
- CPAava – Concepção de Planejamento da Assistência – Avaliação
- CPAorg – Concepção de Planejamento da Assistência – Organização
- CPAteq – Concepção de Planejamento da Assistência – Trabalho em Equipe

CPAasq – Conceção de Planeamento da Assistência – Assistência de Qualidade
CPAdin – Conceção de Planeamento da Assistência – Dinâmico
CPAneg – Conceção de Planeamento da Assistência – Negativa
EVOC – *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse dès Evocations*
FIP – Fatores Intervenientes no Planeamento da Assistência ao Paciente com Câncer
FIPfac – Fatores Intervenientes no Planeamento – Facilitadores
FIPlim – Fatores Intervenientes no Planeamento – Limitantes
NC – Núcleo Central
QT – Quimioterapia
PAD – Programa de Atendimento Domiciliar
PAPO – Programa de Atendimento aos Pacientes Ostomizados
PE – Processo de Enfermagem
RNP – Requisitos Necessários ao Planeamento da Assistência ao Paciente com Câncer
RNPorg – Requisitos Necessários ao Planeamento – Condições Organizacionais
RNPvpl – Requisitos Necessários ao Planeamento – Valorização do Planeamento
RNPvcp – Requisitos Necessários ao Planeamento – Valorização da Capacitação
RNPvpr – Requisitos Necessários ao Planeamento – Valorização do Profissional
RNPvpa – Requisitos Necessários ao Planeamento – Valorização do Paciente
RNPvsa – Requisitos Necessários ao Planeamento – Valorização da Sistematização da Assistência
RS – Representações Sociais
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO NO ENCONTRO COM A LITERATURA	
2.1	ASPECTOS SOCIOHISTÓRICOS DO CÂNCER	22
2.2	A PESSOA COM CÂNCER E SUA FAMÍLIA	25
2.3	O PROCESSO DE ENFERMAGEM E O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM ONCOLOGIA	28
2.3.1	A Enfermeira na Quimioterapia	34
2.3.2	A Enfermeira na Radioterapia	38
2.3.3	A Enfermeira no Controle da Dor	42
2.3.4	A Enfermeira em Cuidados Paliativos	43
2.3.5	A Enfermeira no Transplante de Células Tronco - Hematopoéticas	44
2.3.6	A Enfermeira em Oncologia Pediátrica	45
2.3.7	A Enfermeira na Unidade Cirúrgica Oncológica	46
2.4	O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER E O PROCESSO DE ENFERMAGEM	46
3	PERCURSO TEÓRICO	
3.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER	53
3.2	A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER	56
4	PERCURSO METODOLÓGICO	
4.1	TIPO DE ESTUDO	58
4.2	CAMPO DE ESTUDO	59
4.2.1	Serviço de Enfermagem	61
4.3	POPULAÇÃO OU UNIVERSO DA PESQUISA	62
4.3.1	Amostra/Sujeitos da Pesquisa	62
4.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	63

4.5	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	64
4.6	TRATAMENTO DOS DADOS	68
5	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA	71
5.2	ESTRUTURA DA RS SOBRE O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER	83
5.3	IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER	98
5.4	CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO SENSO COMUM SOBRE O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM CÂNCER	108
5.4.1	Concepção de Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer (CPA)	110
5.4.2	Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer (RNP)	121
5.4.3	Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer (ANP)	129
5.4.4	Fatores Intervenientes no Planejamento da Assistência ao Paciente com Câncer (FIP)	136
5.4.5	Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (APP)	145
5.5	RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO SENSO COMUM SOBRE O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER	151
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	156
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento e Esclarecido	172
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	173
	APÊNDICE C – Unidades de Análise das Subcategorias	174
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	193

1 INTRODUÇÃO

"[...] alguém que ande comigo no escuro do medo, que possa segurar minha mão e dizer: 'estou aqui'".
(ALVES, 1999)

A enfermeira¹ planeja a assistência como forma de sistematizar, organizar e priorizar suas atividades, visando atender às demandas geradas no processo assistencial, considerando as necessidades individuais dos pacientes.

A opção por uma pesquisa na área de planejamento da assistência ao paciente oncológico deveu-se à minha inquietação quanto à visão das enfermeiras acerca desta atividade e sua repercussão na assistência. Isto porque, no cotidiano vivenciei muitas enfermeiras demonstrarem dificuldades em articular o seu papel gerencial e assistencial, no cuidado a tais pacientes.

Atuando como enfermeira coordenadora de uma unidade pediátrica em um hospital geral, de grande porte, por mais de quinze anos e durante nove anos assistindo pacientes oncológicos em todas as fases de seu tratamento, percebi de perto algumas situações relativas ao trabalho da enfermeira. Para algumas enfermeiras o planejamento da assistência ao paciente com câncer significava uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, enquanto para outras representava um profundo desgaste, que não lhes permitia desenvolvê-lo com a qualidade desejada, gerando, muitas vezes, insatisfação e sofrimento.

Algumas peculiaridades permeavam o cotidiano dessas profissionais, as quais, permanentemente, se viam envolvidas emocionalmente com os pacientes e suas famílias.

Por várias vezes tive que fazer rodízios entre as enfermeiras, visto que muitas se diziam desgastadas e sem condições de participar do cuidado a esse tipo de paciente, bem como lidar com suas famílias, inclusive quando tinham que delegar atividades aos demais profissionais da equipe de enfermagem, principalmente durante os procedimentos invasivos e/ou dolorosos.

Ao considerar a enfermeira como um elemento integrador dentro da equipe multiprofissional, ficava a questionar como tal comportamento poderia repercutir dentro do grupo e interferir na qualidade e efetividade do cuidado proporcionado.

¹A expressão enfermeira será utilizada neste estudo pelo fato do maior percentual da categoria ser do sexo feminino.

Observava certa diferença de postura por parte de algumas enfermeiras no desenvolvimento de suas atividades junto aos demais pacientes, o que demonstrava que existiam aspectos próprios, peculiares, na assistência ao paciente com câncer. Concebia que tais atitudes serviam para reforçar a complexidade que envolve o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer.

É possível que ao se identificar com a atividade, o profissional busque aprimorar os conhecimentos e os resultados da sua prática sejam positivos. Porém, quando não possui afinidade ou a atividade mobiliza sentimentos negativos, isso pode comprometer o rendimento do seu trabalho ou a qualidade da assistência prestada por ele.

Daí a importância do gestor em estar atento ao profissional que lhe é subordinado, de forma a buscar inserir-lhe adequadamente na sua área de atuação, além de fornecer-lhe subsídios que permitam desempenhar com qualidade as atividades. Para que uma equipe de trabalho funcione a contento é preciso que os diferentes membros possuam um esquema de atuação que permita maior direcionalidade e eficiência ao trabalho, e isso requer saber lidar com as diferenças e reconhecer valores e interesses dos profissionais envolvidos.

O que se observa é que sendo a equipe de enfermagem composta por diversas categorias, fica vinculado a ela um caráter fragmentário na assistência, onde há diferenciação de práticas e saberes. Cabe à enfermeira desenvolver atividades administrativas, coordenando o trabalho dessas categorias, não somente no que se refere aos aspectos relacionados à previsão e provisão dos recursos humanos e materiais, como no planejamento da assistência e dos cuidados diretos que, de maneira predominante, são assumidos pelos elementos da equipe.

Busca-se nesses profissionais o domínio técnico, afetividade, sensibilidade e atenção nas atividades que desempenham junto aos pacientes. Nesse contexto, a enfermeira assume o papel de gerente da assistência por ser, na divisão social do trabalho, o elemento detentor de maior conhecimento científico. No entanto, apesar dessa demanda, é possível encontrar profissionais que se limitem a prestar a assistência com o foco apenas na doença, sem se preocupar com as interações e os acontecimentos cotidianos do paciente.

O paciente, por sua vez, procura no ambiente hospitalar, um espaço terapêutico que lhe possibilite encontrar atenção e assistência adequada da enfermagem, para redução de suas ansiedades, temores e, sempre que possível, a recuperação da saúde.

De fato, a realidade da vida cotidiana do paciente se apresenta como um mundo intersubjetivo, onde permanece em contínua interação e comunicação com os outros, seja com outros pacientes ou com a própria equipe de saúde. Dessa forma, ocorre uma importante troca

de experiência, cuja situação de estar face a face com o outro, pode ser um produto da interação social (BERGER; LUCKMANN, 2007).

É por meio da comunicação e interação social que todos inseridos no contexto hospitalar partilham sentimentos, crenças, valores, atitudes e idéias e o fazem, num processo inverso de conhecer o outro. Daí a importância da comunicação como um instrumento relacional no processo de trabalho da enfermeira, onde o planejamento assistencial é de suma importância.

A comunicação, entretanto, pode ser afetada pelo nível de interação social que a empatia ou afinidade permita formar. Considerando a assistência ao paciente com câncer, este fato ganha grandes dimensões devido à complexidade e ao estigma que a doença suscita.

Desse modo, a enfermeira não pode perder de vista que a comunicação é inerente a seu agir profissional, e é um processo participativo, recíproco, que envolve complexidades, principalmente porque requer, entre outras, habilidades específicas, tais como a escuta ativa e a sensibilidade. Além disso, tal processo não se restringe à relação enfermeira-paciente, mas também aos demais profissionais que interagem com a mesma, com especificidades e demandas próprias.

É preciso, contudo, reconhecer que os profissionais de enfermagem possuem limitações e potencialidades em relação à complexidade da ação do cuidar de outro ser humano. Nessa perspectiva, destaco que atuar em Oncologia requer mais que conhecimentos técnicos; é necessário o desenvolvimento de habilidades que possam permear sua ação, considerando as dimensões físicas, psíquica, social e espiritual dos pacientes com câncer sob sua responsabilidade profissional.

Ao investigar o significado do planejamento da assistência ao paciente com câncer para a enfermeira no contexto hospitalar, observei uma escassez de estudos nessa área. Os trabalhos encontrados estavam relacionados à assistência de enfermagem ambulatorial, como os estudos de Cury; Freitas e Coelho (2000); Vaz *et al* (2002) e o de Alcântara; Malveira e Beque (2004); um de Silva (2001) sobre as intervenções de enfermagem no planejamento de alta hospitalar no pós-transplante de medula óssea; e, por último, o trabalho de Meirelles; Alves e Andrade (2002) sobre a reestruturação da SAE em um centro cirúrgico oncológico.

Apesar dos inúmeros recursos tecnológicos que visam garantir a assistência ao paciente oncológico, existem lacunas que inviabilizam a realização da assistência de uma forma individualizada, integral e de forma mais assertiva. Isso é reforçado por Gomes; Skaba e Vieira (2002, p. 203), quando destacam que concomitante aos avanços tecnológicos deve haver um avanço no campo do conhecimento que busque trabalhar a relação dos sujeitos, ou

seja, as mudanças devem ser consideradas tanto no âmbito das máquinas como no âmbito do conhecimento e das atitudes que surgem dessa relação.

Nessa relação, a enfermeira, é um elemento fundamental, no planejamento, execução e supervisão da assistência. Ela tem condições de visualizar o leque de necessidades de seus pacientes, aliando-o ao universo de recursos disponíveis para atendê-los.

Diante dessa perspectiva, o exercício profissional da enfermagem representa uma teia que mistura planejamento, processo, sistematização, cuidado com todo o seu real significado, o que pode favorecer o crescimento da profissão e a melhoria da assistência (ROSA, 2007).

Assim, ao delimitar como objeto desta pesquisa o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, empenho-me em discutir as representações sociais das enfermeiras acerca desta atividade, dentro do contexto de uma unidade hospitalar.

O planejamento é a primeira etapa de qualquer atividade assistencial da enfermagem. Implica em estabelecer os objetivos da assistência, analisar as conseqüências que poderiam advir de diferentes atuações, optar entre alternativas, determinar metas específicas a serem atingidas e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica esperada (FUGITA e FARAH, 1996).

Nesse sentido, considero o planejamento como um grupo de ações que visa direcionar os cuidados, valorizando as especificidades que permeiam cada paciente, de modo a selecionar as estratégias para as ações de enfermagem num cenário tão complexo, como é o da oncologia. Contudo, o desenvolvimento dessa prática implica num trabalho coletivo, visto que é elaborado por uns e executado por tantos outros profissionais, conquanto caminhem no sentido de objetivos comuns.

Desse modo, sofre interferências dos valores e crenças dos profissionais envolvidos nesse processo, além do próprio conhecimento que é gerado no desempenho profissional. As interações referentes às tarefas, às relações entre os indivíduos do grupo, que ocorrem no cotidiano, podem conduzir à criação de idéias compartilhadas ou senso comum, caracterizadas como Representações Sociais (RS).

Cruz (2003) salienta que é preciso conhecer a forma de desenvolvimento da prática desses profissionais, pois existe uma reciprocidade de influências entre a prática e a RS. Referindo-se a isto, Rouquette (2000, p. 39, *apud* Cruz, 2003) afirma: “[...] as práticas e as Representações Sociais estão em correlação, e não em dependência causal, uma em relação à outra [...] as representações se modificam, as práticas também se transformam reciprocamente”.

Ao refletir sobre a diversidade de aspectos envolvidos no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológico, trago alguns pressupostos para tentar esta compreensão:

- As RS construídas pelas enfermeiras sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer podem interferir na qualidade dessa assistência.
- As RS estão condicionadas à importância atribuída pelas enfermeiras ao planejamento da assistência a esse tipo de paciente.
- As RS podem estar condicionadas aos fatores que interferem na execução do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer.

Isto posto, defini como objetivos desta pesquisa:

- Aprender as RS sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, elaboradas pelas enfermeiras no contexto de uma organização hospitalar especializada em oncologia.
- Analisar as RS a partir de sua estrutura e importância atribuída pelas enfermeiras a essa atividade, e suas influências.

Espero com esta pesquisa suscitar novos trabalhos e discussões fundamentais à consolidação organizacional da prática assistencial da enfermagem em oncologia, e sua importância está centrada na oportunidade de refletir sobre aspectos do planejamento da assistência ao paciente com câncer, ao contribuir para o desenvolvimento do conhecimento que embasa as ações da enfermagem oncológica na área administrativa e assistencial.

Acredito que nesta pesquisa podem ser destacadas algumas relevâncias: a científica, desde que a prática de enfermagem em Oncologia requer uma integração entre o conhecimento teórico/prático, gerado na dinâmica diária, considerando, ainda, os aspectos subjetivos próprios do grupo de enfermeiras que atua nessa área; a ética profissional, quando ressalta os valores e as crenças dos profissionais que dão sentido e embasam suas atitudes na prática; a educativa e social, quando é destacada a relação estabelecida entre a enfermeira e os demais profissionais da equipe de saúde, além dos pacientes e familiares, na vivência do cotidiano, quando entra em cena o papel articulador, educativo e de coordenadora da assistência.

2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO NO ENCONTRO COM A LITERATURA

"[...] dificilmente exista outra doença que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um de seus estágios: o choque do diagnóstico e da recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna".
(DEITOS e GASPARY, 1999)

2.1 ASPECTOS SOCIOHISTÓRICOS DO CÂNCER

Embora o câncer seja uma doença conhecida desde a Antiguidade, na atualidade vem ganhando maior repercussão, visto que sua incidência tem aumentado, transformando-se em um problema de saúde pública mundial, figurando como a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008).

A incidência do câncer cresce também no Brasil, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação dos povos pela urbanização acelerada, novos modos de vida, novos padrões de consumo (BRASIL, 2008).

O câncer era considerado uma doença que matava em segredo, de forma silenciosa. Somente no final do século XVIII, a doença começou a ser reconhecida pela forma como progredia, destruindo os órgãos onde se instalava. Assim, a difusão deste aspecto invasivo e progressivo do câncer, aliado à constância de sua fatalidade, tornaram-no estigmatizado, trazendo em seu lastro auto-rejeição e a crença de uma morte precoce (CARVALHO, 2006).

O autor destaca, ainda, que as pessoas acometidas pelo câncer, viam-se afastadas por seu grupo social e se configuravam objeto de procedimentos de descontaminação por parte desses grupos em seus espaços de pertencimento, devido à crença do caráter contagioso do câncer, partilhável pela ciência até as duas primeiras décadas do século XX.

Essa idéia de transmissibilidade do câncer entre as pessoas, consagrada pelo senso comum, é cercada pela subjetividade, o que pode, na visão de Moscovici (1978), ser mediada pela influência da interação e da comunicação, nas quais o fenômeno das representações sociais é construído para orientar os grupos em suas ações cotidianas.

Tais representações sociais podem estar relacionadas a vários fatores, como momento de vida em que a pessoa recebe o diagnóstico, experiências passadas, preconceitos culturais, informações obtidas junto aos profissionais de saúde e através dos meios de comunicação, etc.

(NUCCI, 2003). Essas mesmas representações podem permear o imaginário das enfermeiras e desse modo influenciar o planejamento da assistência ao paciente com câncer.

Dentro da perspectiva cultural o câncer é uma das doenças, que, ao longo de sua história tem sido associada à punição ou castigo, o que faz com que as pessoas que vivenciam esse processo de adoecimento, além dos sintomas e sinais inscritos no corpo, também carreguem a carga moral associada à doença (SONTAG, 2007).

O símbolo do câncer como doença estigmatizante é antigo e ainda muito forte, mesmo entre os profissionais de saúde, apesar de todos os avanços no diagnóstico e tratamento. Faz-se necessário desconstruir essa imagem, rompendo com o círculo vicioso do estigma da doença, começando pela mudança de postura dos próprios profissionais (MARUYAMA *et al*, 2006).

Nesse sentido, o diagnóstico do câncer continua sendo recebido com sentimentos de medo, angústia e sofrimento, que mobilizam toda a família e amigos, consolidando estigmas e preconceitos sociais. No que se refere aos profissionais de saúde, Sontag (2007) assevera que a forma como esses profissionais lidam com o câncer trazem implícitos os significados culturais da doença para eles. O peso da palavra câncer pode ser percebido nos gestos, nas falas, nos olhares enfim, nos comportamentos que as pessoas têm ao se referirem a ela.

A autora salienta ainda que enquanto essa enfermidade for tratada como um predador e não como uma doença, a maioria das pessoas acometidas com câncer se sentirá de fato desmoralizada ao saber seu diagnóstico. Pontua, também, que a probabilidade de uma pessoa que sofreu infarto vir a morrer de outro infarto num intervalo de alguns anos é, no mínimo, a mesma de uma pessoa com câncer vir a morrer de câncer em breve. Contudo, ninguém esconde a verdade de um paciente cardíaco: nada existe de vergonhoso num ataque do coração.

Isso porque, mesmo que o câncer tenha sido inserido no rol das enfermidades crônico-degenerativas, o processo de desconstrução da representação do câncer como uma doença incurável e dolorosa é lento, visto que as doenças são partes integrantes dos universos sociais e, com isto, trazem essas associações simbólicas. Assim, os pacientes com câncer muitas vezes levam consigo marcas “indeláveis”, ainda que estejam curados.

Como bem destaca Bourdieu (2003, p.10), os símbolos “[...] são instrumentos por excelência da integração social: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social [...]”.

Maruyama *et al* (2006) ressaltam que mesmo com a evolução científica é importante destacar que não se pode desconsiderar que o câncer sempre foi uma doença marcante na

história da humanidade. Por isso, foi-lhe associada, ao longo dos anos, uma rede de significações vinculadas às questões sociais e culturais, que devem ser compreendidas pela enfermagem e demais profissionais de saúde no processo de cuidar de pessoas com câncer.

Ainda em relação ao imaginário social, Gomes; Skaba e Vieira (2002, p. 201) destacam que o medo da dor, a resignação diante da percepção do desfecho da doença e a negação de que a sua própria doença existe, são sentimentos envolvidos na abordagem do paciente com câncer. Estes são difíceis de ser administrados, seja pelos profissionais, seja pelas pessoas em geral.

As significações do câncer, pelo medo e pavor que carregam, fazem com que as pessoas procurem afastar de si a idéia de serem portadoras da doença. Desse modo, quando os sintomas iniciais da doença aparecem, as pessoas “naturalizam” as anormalidades do corpo, ou seja, enquadram as anormalidades dentro daquilo que seja reconhecido e aceitável no seu grupo social (MARUYAMA, 2003).

Assim, ao designar-se câncer como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, e que podem se manifestar de uma maneira rápida ou lenta, certamente mobilizará no imaginário social das pessoas inúmeras reações e sentimentos. Isso se deve ao fato de que o impacto de uma doença depende de vários fatores, que vão desde o caráter crônico da mesma, até as limitações, dificuldades e perdas que ela pode gerar.

Além disso, Morin (2005) destaca que uma das mudanças que golpeiam mais fortemente o funcionamento dos serviços de saúde e o colocam em crise é, exatamente, o prolongamento paralelo da vida e da duração das doenças. Assim, a expansão das doenças crônicas, como o câncer, impõe novos modos de condução do tratamento, do lado dos profissionais e novos percursos de saúde e itinerário de doença para os leigos.

Aos profissionais cabe a compreensão de que estes pacientes não são parecidos, suas necessidades não são iguais e muitas vezes eles não são capazes de assumir as responsabilidades inerentes ao tratamento. No entanto, observa-se que independente do estágio da doença que o paciente se encontre, existe como assisti-lo.

Cumprido, ainda, destacar que o tratamento do câncer é prolongado, muitas vezes doloroso, limitante e que provoca mudanças significativas na vida pessoal, profissional e social de quem está doente e também de seus familiares e amigos. Isto certamente requer uma rede de atenção que permita ao paciente dar seguimento ao seu tratamento, proporcione apoio a sua família para que colabore nesse tratamento, considerando-se que se trata de uma doença

passível de cura ou controle. Assim devemos buscar assegurar melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares.

Ao compreender a importância do planejamento da assistência de enfermagem a esses pacientes, a enfermeira poderá ter uma noção mais clara da amplitude de sua assistência, que exige, além do planejamento, a organização, a execução, a direção e o controle desta.

2.2 A PESSOA COM CÂNCER E SUA FAMÍLIA

Adoecer por câncer é uma experiência que ultrapassa o corpo físico, embora nele se instale e aí desenvolva sentidos e significados, sendo que estes serão interpretados e reinterpretados tanto pela pessoa doente quanto por aquelas com as quais convive (MARUYAMA *et al*, 2006). A compreensão desses aspectos pode direcionar o profissional de enfermagem a olhar para além da pessoa doente.

Isto porque o impacto de uma doença sofre interferência de alguns fatores, como a sua cronicidade, a repercussão que esta pode gerar, seja do ponto de vista das alterações orgânicas, seja em relação às questões afetivas e sociais. Assim, o câncer traz consigo uma série de implicações que interferirão na saúde do paciente, comprometendo sua qualidade de vida.

A doença aguda exige atenção imediata; a doença crônica, por sua vez, envolve mudanças intrincadas no estilo de vida, além de um futuro incerto. Aquelas pessoas que ficam doentes, juntamente com suas famílias, têm de se adaptar às demandas geradas nos diferentes estágios da doença (SMELTZER; BARE, 2002).

O câncer representa mais que uma dor física e um desconforto. Ele interfere nos objetivos de vida, na família, no trabalho e na renda; na mobilidade, na imagem corporal e o estilo de vida do paciente pode ser drasticamente alterado. Sejam as mudanças temporárias ou permanentes, elas trazem repercussões que afetam a todos, inclusive aos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Além disso, a sociedade tende a valorizar a saúde e a produtividade das pessoas. Quando o paciente assume sua doença e o tratamento, ele se despoja de um papel social que se vincula à imagem de uma pessoa ativa e produtiva. Isso ganha maior representatividade quando ele é o provedor da família, ou quando é um jovem no início da vida adulta.

Nesse processo, a enfermeira está inserida projetando-se como uma figura central que, através da compreensão e da ação inteligente, pode ajudar ao indivíduo a manter a segurança básica, a não perder a auto-estima, a integridade, bem como a buscar enfrentar a crise suscitada pela doença (SMELTZER; BARE, 2002).

Ao colaborar no tratamento do paciente, a enfermeira e demais membros da equipe, têm diante de si um universo de opções de aproximar-se e interferir na vida deste paciente, visto que suas atividades vão desde a quimioterapia até aos cuidados paliativos, mostrando a amplitude de possibilidades de intervenção.

Em relação à atenção ao paciente oncológico, Menezes *et al* (2007a, p. 5) salientam que:

[...] o profissional de enfermagem parece ocupar um lugar importante junto à clientela no dia-a-dia da trajetória terapêutica, diferentemente de outros profissionais da equipe multidisciplinar, pois é ele quem recebe esse paciente, avalia-o, realiza procedimentos e encaminha os problemas que não são de sua alçada. Por ser o profissional acessível para conversar ou esclarecer dúvidas, muitas vezes é reconhecido como o principal elo entre os membros da equipe de saúde.

A compreensão dessa perspectiva da assistência pode permitir à enfermeira fortalecer a idéia de que o câncer é uma enfermidade crônica com exacerbações agudas, que requer intervenções e não apenas uma doença sinônima de sofrimento e morte, onde, por trás de um paciente hospitalizado existe uma pessoa com demandas bastante individualizadas.

Nos últimos anos, apesar dos grandes avanços no tratamento do câncer, principalmente no que se refere à quimioterapia e à radioterapia, estes ainda produzem efeitos colaterais indesejáveis e muitas vezes graves, que são temidos tanto pelos pacientes quanto por seus familiares. Desse modo, a enfermeira precisa ter conhecimento técnico para atuar na orientação acerca desses efeitos ou para ajudar a atenuá-los, além de participar na reabilitação dos pacientes e da promoção do conforto que necessitam, especialmente no ambiente hospitalar.

Isso se justifica pelo fato de que o hospital embora seja muitas vezes imprescindível ao tratamento, à prestação de cuidados específicos e complexos e à recuperação da pessoa doente, pode tornar-se, para o paciente e seus familiares, um ambiente hostil, frio, limitador da presença mais assídua de pessoas próximas do paciente e das expressões de afeto entre os familiares (FERRAZ *et al*, 2006).

Nesse sentido, a hospitalização pode levar o paciente a um estado de solidão e sensação de abandono em função das ausências dos familiares, inclusive porque estes

poderiam, muitas vezes, influenciar positivamente na sua percepção do processo saúde-doença e manter, ainda que parcialmente, o convívio social e afetivo durante a hospitalização (FERRAZ *et al*, 2006).

A percepção dessas implicações fornece os subsídios necessários para que a enfermeira planeje a assistência, de forma a buscar atender, dentro do possível, às necessidades deste paciente. Contudo, é preciso compreender que estas demandas são experiências subjetivas, que podem se expressar de modos diferentes, de acordo com os contextos e as culturas vividas pelos pacientes. A transição entre saúde e doença é uma experiência dinâmica e altamente individualizada.

Uma tendência observada com maior ênfase atualmente é que a família vem sendo descrita como uma unidade de cuidado, uma vez que os profissionais da área de saúde teoricamente parecem estar voltados para o cuidado integral e, sendo assim, a família não pode ficar à margem desse cuidado. O cuidado integral pressupõe a inclusão da família no processo assistencial, pois ela também necessita de cuidados (FERRAZ *et al*, 2006).

Quanto ao processo saúde-doença no contexto atual, as autoras acima destacam que parte dos familiares se depara com a questão socioeconômica, problema que afeta diretamente suas vidas e a dos pacientes: o alto custo do tratamento, a falta de leitos hospitalares e as necessidades de saúde dos pacientes crônicos que demandam cuidados intensivos. Essas deficiências fazem com que alguns procedimentos e cuidados passem a ser realizados em ambulatórios e no próprio domicílio com maior frequência.

Por esta perspectiva, ao considerar o paciente em todas as suas peculiaridades, a enfermeira participa do processo de adoecer e morrer dessas pessoas, cuidadas muitas vezes por seus familiares, onde ambos (paciente e família) podem ser, a um só tempo, objetos de intervenção e cuidado.

Este contato faz com que os profissionais reflitam sobre a própria vida, fragilidade e finitude, ao perceberem que nada os diferencia dos pacientes, enquanto seres humanos. O convívio com o doente oncológico leva também a refletir de que forma a Enfermagem contribui no processo saúde-doença daqueles que assiste.

Assim, a enfermeira pode contribuir com o paciente para ampliar sua capacidade de enfrentar a vida, diante do potencial que cada pessoa possui de se reorganizar, se dirigir, se preservar e enfrentar situações de risco, através de um planejamento com base no levantamento de problemas e uma prescrição de cuidados que seja condizente com as necessidades desse paciente e com a disponibilidade dos recursos pra atendê-los.

2.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM ONCOLOGIA

Compreender o que ocorre atualmente na prática da enfermeira em oncologia requer retomarmos alguns momentos da atividade da enfermagem, considerando que poderemos encontrar na história experiências que possuam representatividade e objetividade na vida dessa profissão.

A partir das décadas de 50 e 60 do século XX, a enfermagem brasileira tomou um novo rumo: seu enfoque, até então centrado no saber médico, passa a ser a construção de seu corpo de conhecimentos específicos, mediante a construção de conceitos e teorias de enfermagem (SANT'ANNA; ENNES, 2006). Observou-se uma tendência crescente na profissão pela busca de procedimentos/métodos de organização e planejamento dos serviços de enfermagem que fossem mais eficientes e se traduzissem numa assistência de enfermagem mais qualificada (KOERICH *et al*, 2007).

Nessa nova definição, a enfermagem passa a ser vista sob outra perspectiva, uma vez que todos os momentos do processo do trabalho, os instrumentos, os meios e a finalidade estão presentes. Nessa perspectiva, o trabalho é uma atividade humana que possibilita ao ser humano se contrapor e se afirmar como sujeito, modificando a realidade que o circunda, produzindo objetos, e por fim fazendo sua história. Diferente da concepção de enfermagem como vocação, da qual se subtrai o caráter de trabalho realizado dentro de uma sociedade concreta, que tem carências, e no qual o profissional de enfermagem constitui-se um trabalhador que vende sua força de trabalho para garantir sua existência (RODRIGUES, 2001).

Silva e Fontes (2000) afirmam que para desenvolvermos uma enfermagem científica precisamos escolher um método de trabalho com fundamentação teórica, que se coadune com a filosofia do serviço de enfermagem e seus objetivos, e que reflita na assistência que queremos prestar à nossa clientela. Daí a importância de adotar-se um ou mais referenciais teóricos para embasar a nossa prática.

Concordando com as autoras, em se tratando do paciente com câncer, devemos optar por teorias que nos permitam viabilizar uma assistência individualizada, humanizada e integral a nosso paciente, voltada para a qualidade de vida, e que possibilite o crescimento da enfermagem enquanto profissão. Existe uma grande adequação dos pacientes oncológicos às teorias de Wanda de Aguiar Horta e de Dorothea Orem.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1979), considera que assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; é ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; é orientar e ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Ou seja, é a ciência de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, torná-lo independente dessa assistência quando possível, pelo ensino do autocuidado, recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implantação do processo de enfermagem é o proposto por Horta (1979). Nele distinguem-se seis fases, que compreendem o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados diários ou prescrição de enfermagem, a evolução de enfermagem e o prognóstico de enfermagem, que se interrelacionam e têm igual importância. O impacto do processo de enfermagem (PE) introduzido por Wanda Horta, por meio de sua aplicação na assistência, no ensino e na pesquisa pode ser observado até os dias atuais.

A Teoria de Dorothea Orem, por sua vez, tem como objetivo promover o atendimento às necessidades do ser humano através do desenvolvimento do autocuidado, entendendo o processo saúde-doença como prática de atividades em que o indivíduo inicia e realiza em seu próprio favor na manutenção da vida, saúde e bem-estar; Orem diz ainda que a enfermagem é serviço, arte, tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de se autocuidar e a provisão deste autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos (GEORGE, 1993).

Temos ainda o Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Association (NANDA), que se configura como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade aos processos vitais ou aos problemas atuais de saúde ou potenciais, fornecem a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (NANDA, 2005).

Esta Associação reconhece a existência dos tipos de diagnósticos de enfermagem: *reais* – quando descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se num indivíduo, família ou comunidade, apoiados nas características definidoras; de *risco* – descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se num indivíduo, família ou comunidade, apoiados em fatores de risco que contribuem ao aumento da vulnerabilidade; e de *bem estar* – descreve respostas humanas a níveis de bem estar num indivíduo, família ou comunidade que tem potencial de aumento ou

melhora deste bem estar; e de *síndrome* – um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos. Juntos, esses grupos representam um quadro clínico distinto.

Silva e Fontes (2000) afirmam que o diagnóstico de enfermagem é um elemento que preenche a lacuna entre a coleta de dados e o planejamento da assistência. É considerado de vital importância para a profissão, por permitir a universalização da terminologia científica da enfermagem e uma base unificada para a decisão sobre os cuidados requeridos pelo paciente sob a responsabilidade da enfermeira. Consideram que isto fortalecerá o desenvolvimento da pesquisa na área e contribuirá para a concretização do saber da enfermagem.

Diante do exposto, o planejamento da assistência de enfermagem representa um dos meios que a enfermeira dispõe para aplicar seus conhecimentos tecnicocientíficos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição de seu papel (LUNARDI FILHO, 1997).

Para Leopardi (1999a), no entanto, as transformações ocorridas na Enfermagem, parecem, ainda hoje, não ter sido completamente assimiladas, redundando numa espécie de esterilização do cuidado, forçando a um distanciamento entre o profissional e o doente. Este foi substituído pela doença e o foco do trabalho foi subtraído dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico para focalizar-se na estrutura da assistência. As rotinas e métodos se tornaram mais importantes que o sujeito possuidor da carência que originou o trabalho, ou mais importante que o próprio trabalhador.

No estudo desenvolvido por Cunha e Barros (2005) em um hospital de médio porte de São Paulo, ficou evidenciado que durante a realização do histórico de enfermagem os itens mais preenchidos, com exceção das alergias, são aqueles que não necessitam contato com o paciente para preencher, enquanto os de maior valor onde a enfermeira deve ter habilidade e prática para obter informações relevantes para o planejamento da assistência, foram os menos preenchidos.

As autoras consideram que talvez isso ocorra devido à necessidade da enfermeira ter que gastar um tempo maior na entrevista não conseguindo administrar todas as suas atribuições durante seu turno de trabalho, torna-se mais fácil pincelar os históricos incompletos, por não ser considerado prioritário como uma ferramenta de trabalho indispensável na sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Isto decorre muitas vezes da falta de preparo das enfermeiras, o que pode comprometer o seguimento do PE, já que esses dados poderiam ser usados por outros profissionais para dar continuidade à assistência.

Compreender como o tratamento do câncer pode afetar a qualidade de vida da pessoa doente requer das enfermeiras, cujo trabalho é realizado também por uma equipe com diferentes graus de formação, abandonar a assistência fragmentada, e planejá-la com base no levantamento de informações, problemas, executando ações e avaliando resultados para assegurar a continuidade dessa assistência.

A existência de atribuições semelhantes, no que se refere à assistência ao paciente, embora assegure certa homogeneidade na assistência de enfermagem, já que as atividades são desenvolvidas por pessoas com qualificações diferenciadas, por outro lado reduz a visibilidade do papel da enfermeira frente ao paciente e à sociedade.

Provavelmente um dos fatores que leva à percepção desse fato, inclusive por parte da clientela e da própria sociedade, é o distanciamento que a enfermeira tem da assistência direta ao paciente, em muitas situações por motivos alheios à sua vontade. Isso ocorre inclusive no planejamento da assistência, quando a enfermeira participa da sua elaboração e a execução dos cuidados fica a cargo dos demais profissionais da equipe.

Nessa perspectiva, muitas vezes por não estar atuando diretamente na assistência, a enfermeira pode perder de vista a importância do seu papel na administração do espaço assistencial, e na educação em saúde, seja do paciente/família, ou dos profissionais de sua equipe. Contudo, se levarmos em consideração a doença oncológica como um problema assistencial, uma situação a ser compreendida, e que exige um cuidado terapêutico, o papel da enfermeira dentro desse contexto deveria ser valorizado porque requer outro perfil de atenção, que vai desde o planejamento da assistência até sua execução.

Como bem destaca Zanchetta (1990), a evolução histórica da enfermagem no campo da Cancerologia, em vários países, traduziu-se na responsabilidade de se preparar para um papel revestido de maior participação, atuação e significação. A especificidade do papel da enfermeira nessa área diz respeito à sua conduta profissional frente ao paciente, à sua família, à equipe de enfermagem e multidisciplinar, no desempenho de atividades educativas e preventivas para a clientela, pessoal e ambiente.

Com o desenvolvimento da enfermagem oncológica no país e em especial no Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão que se configura como referência no controle do câncer, na formação de profissionais especializados e de fomento de pesquisa na área, cresce a idéia da criação de um programa que pudesse especializar o enfermeiro no Instituto, devido à escassez de especialistas na área. Nesta perspectiva, os enfermeiros do INCA, em 1985, elaboraram um projeto para suprir essa carência, visto que o ensino da cancerologia na graduação era praticamente inexistente.

Assim, com o avanço tecnológico observado nas últimas décadas na área oncológica, as atividades da enfermeira também se expandiram. Ela atua na radioterapia, na quimioterapia, na hemoterapia, nos transplantes, nas pesquisas, além de cuidados paliativos tanto na área hospitalar quanto domiciliar. Camargo e Souza (2003) reforçam que a enfermagem em oncologia evoluiu muito, e a literatura existente preconiza o importante papel da enfermeira no apoio ao paciente nas diversas fases de sua doença, focando na sobrevivência com qualidade e não se fixando na cura da doença.

Embora respaldada pelos avanços na sua área de atuação, a enfermeira, ao assistir e planejar essa assistência ao paciente com câncer tem diante de si situações que a fazem refletir sobre seus valores, crenças, projetos de vida, medo, expectativas, que nem sempre está pronta para viver. As reações do paciente e seus familiares frente a uma doença grave, as perdas e o luto que farão parte do seu cotidiano, são alguns aspectos que devem ser discutidos e enfrentados pela enfermeira desde a Graduação.

Concordo com Radünz (1999), quando considera que a enfermeira na área oncológica deve possuir uma sensibilidade especial para com os outros e para com ela mesma, devendo possuir competência técnica, cuidar de si mesma e profissionalmente dos outros, procurando despertar nos outros e nela mesma a capacidade de cada um desempenhar seus papéis, além de desenvolver empatia ao interagir terapêuticamente.

Essa sensibilidade é uma qualidade extremamente necessária para a relação face a face com o paciente com câncer, onde frequentemente a enfermeira precisa lidar com situações que envolvem não somente o paciente, nas diversas etapas do tratamento, como também sua família, o que requer habilidade para lidar com uma diversidade de crises de ordem física, emocional, social, cultural e espiritual, além de visar metas realistas passíveis de ser atingidas.

Tal complexidade diz respeito também ao fato do câncer não ser uma doença única, não ter uma única causa, apresentar múltiplas manifestações, tratamentos e prognósticos diferenciados, além de envolver pacientes de faixas etárias diversas e com níveis culturais, socioeconômicos bastante diversificados.

Contudo, a formação na área de saúde tem se apresentado como um grande desafio e, no caso do atendimento especializado e de alta complexidade, como é o caso da assistência na área oncológica, o desafio torna-se ainda maior, não só do ponto de vista do conhecimento técnico especializado, mas, sobretudo, da intersubjetividade que se evidencia nesse processo (OLIVEIRA, 2007).

Há que se considerar que o tratamento oncológico representa uma fonte de angústia para o paciente, mesmo que os avanços tecnológicos tenham ampliado as suas chances de

cura. Isto é destacado por Borges *et al* (2006) quando citam que visão da morte pelo paciente oncológico é peculiar, e o contato com ela é constante, ocorrendo até mesmo por meio de pequenas perdas cotidianas. Tais perdas podem ser caracterizadas pelo afastamento da sua vida social, pela mudança na aparência física, pelas mutilações, entre outras.

Assim, como destacam Recco; Luiz e Pinto (2005), o contato com o paciente com câncer pode representar, inicialmente, um choque para o profissional, porque é o momento em que ele se depara com a fragilidade humana e a complexidade dos problemas que envolvem este paciente. Ele precisa ser compreendido nas suas múltiplas reações e a abordagem profissional deve ser humanizada, solidária e geradora, não só de saúde, mas principalmente de vida.

A subjetividade envolvida no processo de trabalho em saúde se evidencia no encontro da enfermeira com o paciente, tornando-o, em parte, objeto da sua ação, mas sem deixar de considerar que este também coloca suas intencionalidades, seus conhecimentos e representações, expressos por um modo próprio de sentir e elaborar suas necessidades de saúde, na relação de cuidado que se estabelece com esta profissional.

Nessa perspectiva, Oliveira (2007) menciona que um dos aspectos que mais tem chamado à atenção quanto à avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde requer. A falta de acolhimento e de continência aos aspectos emocionais do paciente pode conduzi-lo ao abandono ou rejeição ao tratamento, muitas vezes levando-o a buscar caminhos sociais alternativos. Assim, é de fundamental importância a relação profissional-paciente no processo de adesão ao tratamento.

Essas reflexões contribuem para o desenvolvimento do pensamento crítico do profissional, importantíssimo diante de uma realidade complexa, na qual diversos valores de ordem cultural, religiosa, profissional e científica interferem na conduta do trabalho perante o paciente, seus familiares e colegas (SANT'ANNA; ENNES, 2006). Isto tem relevância ao considerarmos que a percepção de uma doença crônica mobiliza tanto o doente quanto sua família, na reestruturação de sua vida, papéis e rotinas, promovendo interações afetivas, sem falar que muitas vezes os familiares não possuem o conhecimento necessário ou estrutura psicológica para lidar com o paciente.

Por outro lado, é preciso buscar compreender a natureza interna das questões frente à prática de planejamento da assistência de enfermagem em oncologia, visto que a atuação das profissionais nessa área reflete a sua visão acerca das transformações que vêm ocorrendo nessa prática. Tais mudanças dizem respeito às possibilidades de áreas de atuação que se

descortinam para a enfermeira: quimioterapia, radioterapia, transplante, cirurgia, iodoterapia, oncologia pediátrica, na área de ostomias e feridas, no controle da dor e em cuidados paliativos.

2.3.1 A Enfermeira na Quimioterapia

A quimioterapia (QT) antitumoral consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. É o tratamento de escolha para doenças malignas do sistema hematopoético e para os tumores sólidos, que apresentam metástases regionais ou à distância. A finalidade da QT pode ser curativa, paliativa, potencializadora, adjuvante ou neo-adjuvante, e depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente (BRASIL, 2008).

Os determinantes do plano terapêutico são: o diagnóstico histológico, a localização do tumor, o estágio da doença, a toxicidade potencial de uso, a duração presumida da toxicidade e as condições clínicas do paciente, que podem ser quantificadas pelas escalas de *performance status* de KARNOFSKY e ECOG (BRASIL, 2008). Tais escalas contribuem uma avaliação das condições clínicas do paciente e dão subsídios para as intervenções médicas e de enfermagem. A seguir o Quadro 01 com a Escala de ECOG.

GRAU	NÍVEL DE ATIVIDADE
0	Completamente ativo, capaz de realizar todas as atividades tal como antes da doença, sem restrições (Karnofsky 90-100%)
1	Restrição de atividades fisicamente extenuantes, mas deambulando e capaz de executar tarefas leves ou sedentárias, por exemplo, trabalhos domésticos leves, serviços de escritório (Karnofsky 70-80%)
2	Deambulando e capaz de cuidar de si próprio, mas incapaz de realizar qualquer trabalho; de pé e ativo mais de 50% das horas em que passa acordado (Karnofsky 50-60%)
3	Limitação da capacidade de se autocuidar, confinado ao leito ou a uma poltrona durante mais de 50% do período em que permanece acordado (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapacitado; não consegue executar qualquer autocuidado; totalmente confinado ao leito ou poltrona (Karnofsky 10-20%)

Quadro 01 – Escala de Desempenho de ECOG
Fonte: INCA, 2008

Os pacientes com maior capacidade funcional e sintomas discretos respondem melhor ao tratamento e têm uma sobrevida maior do que aqueles com menores capacidades funcionais e sintomas graves (BRASIL, 2008).

Os fármacos agem interferindo com outras funções bioquímicas celulares vitais, por atuarem indistintamente no tumor e tecidos normais de proliferação rápida, como o sistema hematopoético e as mucosas, o que obriga a interrupção periódica do tratamento para a recuperação do paciente (BRASIL, 2008). Assim, em relação à QT, é necessário à enfermeira um domínio no que se refere às orientações ao paciente e família, conhecimento quanto à farmacologia e manuseio dos antineoplásicos, quanto à administração das drogas, controle dos efeitos colaterais, ou seja, requer conhecimentos e habilidades em todas as etapas de atendimento a esses pacientes.

A equipe de enfermagem, especialmente a enfermeira, é responsável pela administração desses medicamentos, e tal atividade se reveste de grande importância para todos os envolvidos, por se tratar de uma prática cotidiana que traz repercussões para os doentes e também por exigir responsabilidade ética e legal da equipe de enfermagem.

Embora sejam inerentes ao tratamento quimioterápico, os efeitos colaterais são passíveis de serem controlados mediante determinados cuidados. O objetivo destes é prevenir complicações, estimular o paciente a continuar o tratamento, motivá-lo a desenvolver o autocuidado e manter sua qualidade de vida. Compete à equipe de saúde, principalmente à enfermagem, o papel de prevenir, minimizar ou mesmo impedir que estes efeitos afetem o conforto, a qualidade de vida, e o próprio tratamento dos pacientes, por meio de uma assistência de enfermagem planejada, de orientação e apoio efetivos (BONASSA, 2005).

Para Waldow (1999), quando falamos na enfermeira oncológica é preciso ressaltar que ela detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, vinculado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos colaterais comuns à terapêutica. Tal conhecimento demanda tempo e dedicação para ser adquirido e se revela nas ações das enfermeiras articuladas a uma visão humanística no âmbito do cotidiano assistencial.

Assim, depreende-se que a atuação da enfermeira na administração de quimioterápicos envolve toda a diversidade de efeitos e complicações próprios do tratamento, e também todas as repercussões que dizem respeito às alterações na autoimagem dos pacientes, acompanhando-os nessa trajetória, muitas vezes prolongada e difícil. A seguir no Quadro 02 os graus de toxicidade ao tratamento com antineoplásico.

TOXICIDADE	GRAU 0	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
Febre	-	37,5 – 38 C (transitória)	> 38 C - < 24h	> 40 C - >24h + calafrios	> 40 C - > 24h + convulsão
Pele	Normal	-	Prurido ou descamação seca	Descamação úmida	Dermatite esfoliativa
Pele local (extravasamento)	-	Dor, edema c/ inflamação, flebite.	Dor, edema com inflamação/flebit e com limitação da mobilidade da área.	Ulceração/necrose (apenas desbridamento).	Ulceração/necrose (indicada cirurgia plástica)
Edema	-	Melhorou. Reporta ter tido inchaço assintomática	Edema discreto/leve cacifo.	Cacifo evidente, edema da face ou de alguma extremidade.	Anasarca.
Alopecia	-	Discreta.	Pronunciada.	Total/reversível.	Total/não reversível.
Alergia	-	Rash transitório.	Urticária.	Broncoespasmo.	Anafilaxia.
Hemorragia	-	Petéquias.	Pequena perda de sangue.	Perda significativa de sangue.	Debilidade por hemorragia, transfusão.
S.N.P. sensorial	-	Parestesias discretas/redução dos reflexos.	Parestesias moderadas, redução de sensibilidade.	Parestesia intolerável, redução acentuada da sensibilidade.	Ausência de reflexos e sensibilidade.
S.N.P. motor	-	Fraqueza subjetiva/ nenh um achado objetivo	Redução pequena da capacidade motora.	Redução acentuada da capacidade motora.	Paralisia.
S.N.C. geral	Normal/alerta.	Apático/nervosismo.	Confusão.	Torpor.	Inconsciente.
S.N.C. cerebelar	-	Pequena incoordenação.	Tremor, dismetria, dislexia, nistagmo.	Ataxia locomotora.	Total incoordenação.
Audição	-	Pequena redução da audição.	Zumbido.	Perda auditiva/uso de aparelho.	Surdez incorrigível.
Visão	-	Escotomas.	Turva.	Obscura.	Cegueira.
Humor	Normal.	Leve ansiedade ou depressão.	Moderada ansiedade ou depressão.	Severa ansiedade ou depressão.	Idéias suicidas.

Quadro 02 – Grau de toxicidade causada pelo tratamento quimioterápico
Fonte: INCA, 2008

(Continuação)

TOXICIDADE	GRAU 0	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
Diurese	>150ml/h	149-100ml/h	99-50ml/h	<50ml/h	Anúria
Incontinência	-	-	Poliúria.	Intermitente, perda do controle e sensação de urinar	Total perda do controle.
Disúria	-	-	Ocasional, dificuldade ou dor qdo urina.	Dificuldade para urinar, dor ou ardência freqüente.	Anúria.
Hematúria	-	Microscópica.	Macroscópica, sem coágulos, urina rosada.	Macroscópica com coágulos.	Uropatia obstrutiva, requer transfusão.
Mucosite	-	Irritação local, discreta dor.	Eritema doloroso, edema ou ulcerações, ingere alimentos sólidos.	Eritema doloroso, edema ou ulcerações, ingere alimentos líquidos.	Incapaz de se alimentar.
Náuseas	-	Tolera ingesta razoável, < do que a usual.	Redução significativa da ingesta, capaz de se alimentar.	Ingesta insignificante.	Incapaz de se alimentar.
Vômitos	-	1x/dia.	2 a 5x/dia.	6 a 10x/dia.	>10x.
Diarréia	-	2 a 3x/dia	4 a 6x/dia, cólicas moderadas.	6 a 9x/cólicas intensas.	> ou igual a 10x/dia, requer suporte parenteral.
Constipação	-	Leve - dificuldade de evacuar.	Moderada - requer laxativo.	Grave + ou - por 72h, distensão abdominal.	Não evacua por + de 96h, distensão abdominal e vômito (íleo paralítico).
Dor abdominal	-	Leve.	Moderada.	Moderada a severa, não requer tratamento.	Severa, requer hospitalização.
Pulmonar	-	Dispnéia leve.	Dispnéia a pequenos esforços.	Dispnéias moderada.	Dispnéia grave, requer repouso absoluto.
Bradycardia	-	60 a 55bpm	55 a 50bpm	50 a 40bpm	<40bpm

Quadro 02 – Grau de toxicidade causada pelo tratamento quimioterápico (continuação).
Fonte: INCA, 2008

(Continuação)

TOXICIDADE	GRAU 0	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
Taquicardia	-	90 a 100bpm	100 a 110bpm	>110bpm	-
Hipotensão	-	Leve – transitória/Não requer terapia/não associado a QT.	Moderada – relacionada a QT/requer reposição de líquidos.	Severa – relacionada a QT/requer tratamento e hospitalização; resolução em 48h após interrupção do agente.	Severa – relacionada a QT/requer tratamento e hospitalização; resolução > 48h após interrupção do agente.
Hipertensão	-	Leve – sintomática/transitória.	Moderada recorrente.	Severa/persistente, requer terapia.	Crise hipertensiva.
Rede venosa	Normal	Pequena fragilidade venosa.	Grande fragilidade venosa.	Flebite.	Esclerose venosa.

Quadro 02 – Grau de toxicidade causada pelo tratamento quimioterápico (continuação).
Fonte: INCA, 2008

A importância de se conhecer tais efeitos e toxicidades reside na possibilidade da enfermeira sistematizar o cuidado e prevenir algumas complicações, inclusive orientando o paciente para o autocuidado e seus familiares para contribuírem com essa assistência. A oncologia é uma área que permite à enfermeira interagir com seus pacientes e familiares de uma maneira mais efetiva.

2.3.2 A Enfermeira na Radioterapia

Quase metade dos pacientes submetidos a qualquer tratamento oncológico fará uso da radioterapia em alguma fase evolutiva da sua doença (AYOUB *et al*, 2000).

A enfermeira que trabalha em radioterapia deve buscar conhecimentos teóricos e práticos sobre o tratamento em teleterapia, braquiterapia e em radioproteção, através de cursos de atualização, reuniões científicas do serviço e participação nos programas de qualidade. Cabe à enfermeira especialista, ainda, traçar metas que assegurem uma assistência de qualidade ao cliente oncológico atuando na prevenção, tratamento, orientação e reabilitação nos procedimentos radioterápicos, através da sistematização da consulta de enfermagem. Ela deve promover parcerias com toda equipe de radioterapia, viabilizando o cumprimento das

normas de radioproteção, e garantir a participação ativa nos programas de pesquisa, contribuindo, portanto, para uma aplicação exata da dose prescrita no volume-alvo e realizando um cuidado seguro e humanizado (BRASIL, 2008).

Apesar de todos os avanços tecnológicos no tratamento do câncer, inclusive na área de radioterapia, com aparelhos cada vez mais precisos, os efeitos gerados pela radiação existem e requerem um planejamento da assistência criterioso e sistematizado ainda que a radioterapia tenha uma indicação paliativa. Os efeitos tóxicos da radioterapia vão depender da localização do tumor, da energia utilizada, do volume do tecido irradiado, da dose total e do estado geral do paciente.

Para que a enfermeira possa orientar os pacientes ela deve conhecer sua história clínica e também o local a ser irradiado, utilizando um histórico de enfermagem próprio, esclarecer-lhe as dúvidas e reforçar as orientações fornecidas pelo médico e complementá-las. Os pacientes precisam saber mais sobre o tratamento, sobre os aparelhos a serem utilizados e os efeitos adversos que podem surgir, e durante a consulta de enfermagem pode se criar também um espaço de rico relacionamento interpessoal. No Quadro 03, podemos observar os critérios de graduação de toxicidade aguda da radioterapia, e no Quadro 04, os critérios de graduação da toxicidade crônica.

ESTRUTURA	GRAU (1)	GRAU (2)	GRAU (3)	GRAU (4)
Pele	- Eritema leve - Epilação - Descamação seca	- Eritema doloroso - Descamação úmida localizada - Edema moderado	- Descamação úmida, confluyente - Edema importante	- Ulceração - Hemorragia, necrose.
Membrana mucosa	- Congestão - Pode ter dor, mas sem requerer analgésico.	- Mucosite localizada que pode produzir efusão - Serossanguinolenta Pode ter dor necessitando analgésico	- Mucosite fibrinosa confluyente - Dor severa necessitando de narcótico	- Ulceração - Hemorragia - Necrose
Faringe e esôfago	- Disfagia ou odinofagia leve	- Disfagia ou odinofagia moderada - Pode necessitar de anestésico tópico ou analgesia não narcótica - Pode necessitar dieta com alimentos pastosos.	- Disfagia ou odinofagia grave com desidratação ou perda de base de mais de 15%, necessitando de: - Alimentação por SNG - Alimentação venosa ou hiperalimentação.	- Obstrução completa - Ulceração - Perfuração, fístula.

Quadro 03 – Critérios de graduação da toxicidade aguda causada pelo tratamento radioterápico
Fonte: INCA, 2008

(Continuação)

ESTRUTURA	GRAU (1)	GRAU (2)	GRAU (3)	GRAU (4)
Abdomen superior	- Anorexia com 5% de perda de peso - Náusea sem necessitar antieméticos - Desconforto abdominal sem necessitar de drogas ou analgesia.	- Anorexia < ou = 15% perda de peso - Náuseas ou vômitos necessitando antiemético - Dor abdominal necessitando analgésico	- Anorexia < 15% de peso ou necessitando sonda gástrica ou alimentação parenteral - Dor abdominal severa, apesar da medicação - Hematêmese ou melena/distensão abdominal	- Íleo, obstrução subaguda ou aguda - Perfuração - Hemorragia GI necessitando transfusão - Dor abdominal requerendo descompressão por sonda ou por cirurgia
Abdomen inferior	- Aumento na frequência das evacuações, mas sem necessitar de medicação. - Desconforto retal, mas sem necessitar medicações.	- Diarréia necessitando medicação - Perda de muco pelo reto, mas sem necessitar de absorventes. - Dor retal ou abdominal necessitando medicação	- Diarréia necessitando suporte parenteral - Perda de muco ou sangue pelo reto necessitando de absorventes - Distensão abdominal (RX mostra alças abdominais distendidas)	Obstrução, fístula ou perfuração aguda ou subaguda - Sangramento GI necessitando transfusão - Dor abdominal, tenesmos necessitando descompressão por sonda ou cirurgia
Gênito-urinário	- Frequência e nictúria duas vezes o nível pré-tratamento	- Frequência da nictúria ou noctúria mais do que a cada hora - Disúria, urgência ou espasmo vesical necessitando medicação	- Frequência ou nictúria menos do que a cada hora - Disúria, dor pélvica ou espasmo vesical necessitando medicação narcótica regular - Hematúria macroscópica com ou sem passagem de coágulo.	- Hematúria necessitando transfusão - Obstrução vesical aguda não relacionado a formação de coágulos, ulceração ou necrose.

Quadro 03 – Critérios de graduação da toxicidade aguda causada pelo tratamento radioterápico
 Fonte: INCA, 2008

ESTRUTURA	GRAU (1)	GRAU (2)	GRAU (3)	GRAU (4)
Pele	- Atrofia discreta - Alterações leves da pigmentação - Perda capilar parcial	- Atrofia moderada - Telangiectasia moderada, perda capilar	- Atrofia acentuada - Telangiectasia importante	- Ulceração
Tecido subcutâneo	- Discreta fibrose - Perda da gordura subcutânea	- Fibrose moderada, mas assintomática - Contratura leve no campo de tratamento	- Fibrose grave com perda do tecido subcutâneo - Contratura importante no campo de tratamento	- Necrose
Mucosa	- Discreta atrofia - Secura	- Atrofia moderada - Telangiectasia	- Atrofia acentuada - Com secura completa - Telangiectasia importante	- Ulceração
Medula espinhal	- Síndrome de L'Hermitte leve	- Síndrome de L'Hermitte grave	- Achados neurológicos objetivos no ou abaixo do nível tratado	- Mono, para ou quadriplegia
Intestino delgado/grosso	- Diarréia leve - Cólica leve, menos de 5 evacuações por dia - Sangramento retal discreto ou perda discreta de muco	- Diarréia e cólica moderada, mais de 5 evacuações diárias - Sangramento retal intermitente ou perda excessiva de muco	- Obstrução ou sangramento, necessitando cirurgias	-Necrose/perfuração, fístula
Bexiga	- Discreta atrofia epitelial - Telangiectasia leve (hematúria microscópica)	- Frequência moderada - Telangiectasia generalizada - Hematúria macroscópica intermitente	- Frequência e disúria graves - Telangiectasia grave e generalizada (frequentemente com petéquias) hematúria freqüente, redução na capacidade vesical (<150cc)	- Necrose - Bexiga contraída (capacidade < 100cc) - Cistite hemorrágica grave

Quadro 04 – Critérios de graduação da toxicidade crônica causada pelo tratamento radioterápico

Fonte: INCA, 2008

**O sinal (ou sintoma) de Lhermitte é a sensação de descarga elétrica, determinada pela flexão da coluna cervical, que percorre toda a coluna e membros.

Percebe-se diante do exposto, que, assim como na quimioterapia, a enfermeira e sua equipe, ao conhecerem os graus de toxicidade do tratamento radioterápico, poderão realizar um trabalho preventivo e educativo junto aos pacientes e familiares, de modo a reduzir ou minimizar os efeitos dessa terapia, e também estabelecer ações de planejamento direcionadas para uma assistência diferenciada e de qualidade.

2.3.3 A Enfermeira no Controle da Dor

A sensibilidade ante a dor é muito variável, por uma série de circunstâncias individuais, constitucionais, culturais, educacionais, educacionais e até metabólicas e hormonais, de modo que a expressão dolorosa está matizada por esses fatores (DAL MOLIN, 2004). Assim, quantificar a dor, especialmente no paciente com câncer, é extremamente difícil, por envolver, ainda, os aspectos emocionais que a doença mobiliza.

Estudos revelam que 58% a 80% dos doentes adultos hospitalizados com câncer sofrem de dor. Dores moderadas a severas estão presentes em 30 a 45% no momento do diagnóstico, em 30 a 40% nos estágios intermediários, e finalmente em aproximadamente 87% nas fases avançadas (BRASIL, 2008).

A dor se constitui num grande desafio a enfermeiros que trabalham em terapêutica oncológica. É um dos sintomas que compromete o sucesso e a adesão dos pacientes ao tratamento quimioterápico (MENDONÇA; GONÇALVES e SILVA, 2005).

Os autores destacam que a falta de avaliação sistematizada da dor pela enfermeira contribui para um inadequado alívio da dor, resultando num controle superficial e, às vezes, ineficaz. Ressaltam ainda, que com todos os recursos disponíveis em analgesia, não se permite que os pacientes experimentem sofrimento desnecessário.

O PE tem sido uma ferramenta imprescindível para que a enfermeira avalie, diagnostique e planeje a assistência. Para prescrever cuidados eficazes e depois executá-los, é preciso que ela disponha de informações acerca do paciente e sua dor, não ficando restrita a uma prescrição médica (DAL MOLIN, 2004).

A enfermeira deve avaliar a dor através do levantamento de dados, de modo a planejar a assistência de enfermagem, ajudar a selecionar medidas de alívio apropriadas e verificar a eficácia da terapêutica em uso. Para tanto, a enfermeira deve identificar o tipo de dor, se aguda ou crônica, mensurar o quadro algico, utilizando o método mais adequado para o

paciente, identificar os fatores que influenciam esse quadro, sendo imperativo que não subestime as queixas do paciente.

Assim, o planejamento da assistência deve ter como meta principal promover o máximo de conforto possível, minimizando as intercorrências geradas no tratamento do quadro álgico e contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes através de ações de enfermagem humanizadas e não farmacológicas.

2.3.4 A Enfermeira em Cuidados Paliativos

O cuidado paliativo se configura numa modalidade de cuidado que melhora a qualidade de vida dos pacientes diante dos problemas que estão associados às doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio da dor e outros sintomas.

Como bem destaca Corner (1997 *apud* Anjos, 2005), atualmente a ciência no controle do câncer está preocupada com o mundo sub-celular e não com o mundo do corpo, no sentido sociológico. Esse distanciamento faz com que o paciente assuma a postura de dependência ao profissional de saúde, devido à falta de conhecimento científico. O profissional de saúde, por sua vez, não se sente dependente de compreender como o paciente apreende e conhece o seu corpo e sua doença.

Para essa autora, a enfermagem tem uma grande possibilidade de intervir nessa cultura, pois é uma profissão que se concentra na manutenção e no apoio à expressão da emoção do paciente e da sua família.

Vivemos numa sociedade que constantemente nega a morte. Apesar de sermos formadas para salvar vidas, isso não inviabiliza o saber lidar com a morte. Existem poucos espaços para discussões que possam levar o graduando a adquirir uma compreensão mais clara a respeito da morte.

Observa-se, contudo, que tais dificuldades na enfermagem não se restringem à estudante ou enfermeira recém formada. Elas dizem respeito também aos profissionais que já atuam há algum tempo na área. Tais espaços são necessários para toda equipe multiprofissional que atua com o paciente com câncer, e, em especial com aquele sob cuidados paliativos.

O estudo de Rodrigues (2006), acerca do *Burn out* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos, evidenciou que o processo de morrer é uma das situações que exige

diferentes habilidades por parte do profissional, principalmente habilidade na comunicação com o paciente e sua família.

Os estressores mais frequentemente apontados pelos enfermeiros neste estudo foram os óbitos dos pacientes, os problemas de relacionamento com a equipe de enfermagem e médica (geralmente devido ao *stress* dos médicos, à não concordância com determinadas condutas médicas e às discussões sobre os aspectos do cuidado dos pacientes) e as situações de emergência.

Nesse sentido, visualiza-se que planejar a assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos requer considerar o impacto da doença e do tratamento sobre os pacientes, buscar minimizar os efeitos adversos, pois assim estaremos contribuindo para uma assistência de qualidade, que atenda às reais e possíveis necessidades desses pacientes.

Na equipe de cuidados paliativos a enfermeira desempenha um papel ímpar, cuja atenção envolve desenvolver meios para providenciar um cuidado de enfermagem humanizado que promova qualidade de vida no fim da vida, no controle da dor e no alívio dos sintomas, esta é uma das áreas onde a enfermagem pode exercer todas as dimensões do processo de cuidar.

2.3.5 A Enfermeira no Transplante de Células - Tronco Hematopoéticas

A orientação se constitui em um dos principais pilares do tratamento de pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH). A informação e o esclarecimento de dúvidas podem ser vislumbrados como um dos procedimentos que auxiliarão no tratamento a ser realizado (SANTANA e LOPES, 2007).

Pontuam que ajudar o paciente a entender o processo em que está inserido é capacitá-lo a enfrentar o contexto de sua realidade. Expor ao paciente as etapas do tratamento, as possíveis complicações, muito contribuirá para uma melhor comunicação entre a equipe e para a adesão, por parte da clientela, ao tratamento e aos cuidados a serem executados, facilitando, assim, a abordagem e a integração multidisciplinar.

A enfermeira desempenha papel importante no TCTH, por envolver muitas responsabilidades durante o transplante e na fase de recuperação, no monitoramento das complicações e na realização de uma série de intervenções terapêuticas.

O processo de ensinar está inevitavelmente atrelado ao papel da enfermeira em TCTH. Ela ensina quando desenvolve uma atividade de educação continuada com a equipe e/ou no

momento em que está sendo acompanhada pelo enfermeiro iniciante, e também quando orienta o paciente/famíliares (LACERDA; LIMA e BARBOSA, 2007).

Assim, essa complexidade é fator inerente à prestação do cuidado ao paciente transplantado, e é ponto de partida para o planejamento e a implementação de estratégias terapêuticas adequadas. Ou seja, o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente nas diversas fases do transplante requer habilidades e conhecimento especializado por parte da enfermeira (especialmente nas áreas de imunologia, hematologia, hemoterapia, biologia molecular, controle de infecção, farmacologia, emergência, entre outros).

2.3.6 A Enfermeira na Oncologia Pediátrica

Quando uma criança adoece de câncer, sua vida passa por rápida e intensa transformação, assim como o cotidiano familiar. De um momento para o outro ela se vê num hospital, cercado por pessoas estranhas, em um ambiente desconhecido e hostil, diante dos procedimentos invasivos a que será submetida. Independentemente da sua idade e de sua capacidade de compreensão cognitiva, ela de algum modo, se dá conta de que algo grave está acontecendo consigo (MENEZES *et al*, 2007b).

A família, ao acompanhar essa criança na trajetória de situações difíceis e dolorosas no percurso do seu tratamento, também fica exposta ao sofrimento e sensação de desamparo que comprometem o seu estado emocional.

A equipe de enfermagem, por sua vez, ao lidar com a gravidade clínica de seus pacientes pediátricos, as feridas, as condutas invasivas e as situações de morte, além de toda questão emocional que os afeta e às suas famílias, sofre com sentimentos de medo e impotência, que também requerem um espaço de atenção no contexto hospitalar.

A enfermeira, ao planejar a assistência de enfermagem, precisa perceber as implicações da doença oncológica pediátrica, de modo a buscar adequar a demanda dos pacientes no que diz respeito às questões biológicas e emocionais, aos recursos que dispõe para atendê-los, ao mesmo tempo em que apóia os profissionais que estão envolvidos nessa assistência.

Tentar tornar o ambiente hospitalar menos frio e hostil, acolher bem essa criança e seu familiar, manter a equipe de enfermagem coesa e com foco numa assistência de qualidade são algumas estratégias que a enfermeira pode utilizar para tentar ajudar a criança e sua família a passarem essa fase tão difícil de suas vidas.

2.3.7 A Enfermeira na Unidade Cirúrgica Oncológica

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e curado cirurgicamente, quando o tratamento cirúrgico é indicado para o caso. O tratamento cirúrgico é um tratamento radical, que consiste na retirada do tumor primário, e, quando indicado, retiram-se linfonodos das cadeias de drenagem linfática próxima ao órgão do tumor primário. Pode ter uma finalidade curativa ou paliativa (BRASIL, 2008).

O tratamento cirúrgico paliativo tem a finalidade de reduzir a população de células tumorais ou controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou comprometem sua qualidade de vida. São exemplos de tratamento paliativo: descompressão de estruturas vitais, o controle de hemorragias e perfurações, o controle da dor, o desvio de trânsitos aéreo, digestivo e urinário, e a retirada de uma lesão de difícil convivência por causa do aspecto e odor (BRASIL, 2008).

A enfermeira na unidade cirúrgica oncológica atua nas diversas etapas do tratamento, desde o pré-operatório até a orientação para alta hospitalar. Nesse sentido, o planejamento da assistência deve ser implementado desde o pré-operatório quando orienta o paciente sobre seu procedimento, uso de dispositivos, no pós-operatório quando lida com todo aparato que pode ser indicado para o paciente, inclusive quando o paciente sofre algum tipo de mutilação, e na orientação para alta hospitalar, quando colabora com a reabilitação desse paciente, contribuindo para o auto-cuidado.

Isto posto, discorreremos a seguir sobre o planejamento da assistência ao paciente com câncer e o processo de enfermagem.

2.4 O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM CÂNCER E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem em Oncologia, na organização hospitalar, tem inúmeras possibilidades de se aproximar dos mais profundos sofrimentos humanos, o que envolve o contato com as mutilações e deformidades provocadas pelo câncer, com a dor do outro e a proximidade com a morte. Isto certamente exige um elevado grau de envolvimento pessoal e profissional, que vai, muitas vezes, além da possibilidade de se resguardar, necessária a todo profissional, para buscar prevenir o desgaste emocional e laboral.

Por outro lado, o conhecimento em relação ao tratamento oncológico e seus efeitos, permite à enfermeira estabelecer estratégias que possam amenizar algumas complicações, além de fortalecer o vínculo que se estabelece com esses pacientes e sua família.

Isto é reforçado por Jesus (2002), quando destaca que o processo de enfermagem propicia uma estrutura para a tomada de decisão durante a assistência, tornando-a mais científica e menos intuitiva.

A própria legislação brasileira, através da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº. 7498/86 (BRASIL, 1986), em seu artigo 8º, dispõe que “[...] ao enfermeiro compete a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde [...]”. Para tanto, cabe a ele sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe.

A implantação do PE no Brasil embora tenha ocorrido desde a década de 70, do século XX, quando foi introduzido por Horta (1979), somente em 2002, a SAE recebeu apoio legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 272 (COFEN, 2002), para ser implantada em âmbito nacional nas organizações de saúde brasileiras.

Como o COFEN, através da resolução 272/2002, considerou as etapas do Processo de Enfermagem (PE) para definir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), desse modo também consideraremos os termos sinônimos neste estudo.

Carraro; Kletemberg e Gonçalves (2003) consideram que a cientificação profissional é almejada pelos profissionais de enfermagem e só será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional.

Depreende-se que o processo de enfermagem na oncologia deve ocorrer de forma sistematizada, para atender às necessidades dessa clientela, sendo considerados todos os aspectos que envolvam sua assistência. Da mesma maneira, ao planejar essa assistência, a enfermeira deverá considerar toda a amplitude e complexidade envolvida nessa atividade, onde o processo de enfermagem pode ser visto como mais uma ferramenta que poderá ser aplicada à sua prática.

Garcia e Nóbrega (2004) conceituam o PE como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional.

Estas autoras destacam, ainda, que o processo específico que a prática de enfermagem demanda, exige habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores), além de conhecimento e perícia no uso

de técnicas para resolução dos problemas e de coordenação/gerenciamento para a execução do plano de intervenção. Tais habilidades e capacidades ajudam a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem deve ser feito, com o que deve ser feito e que resultados são esperados com a ação/intervenção (para que deve ser feito).

Horta (1979) utilizava a expressão PE e o definia como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. Ou seja, contribui para obter-se uma visão global das condições do paciente, ao tempo em que se estabelecem objetivos e estratégias de ação, centrados no atendimento dessas necessidades.

Leopardi (1999a) aponta que a metodologia da assistência de enfermagem é uma atividade unificadora da profissão, pois demonstra a função da Enfermagem, mediante o uso da ciência e da arte, unindo teoria, tecnologia e interação.

Essa interação faz parte da realidade cotidiana da enfermeira, seja em relação aos pacientes e familiares, seja em relação aos demais profissionais da equipe de saúde. Alexandre (2004) destaca que é aí que ela encontra a expressão de sua subjetividade, pois no compartilhar da intersubjetividade é que o ser humano adquire a certeza da realidade vivida e percebe a diferença entre a sua realidade e as demais.

Para Alfaro-Lefreve (2005), através do PE, que envolve cinco etapas interrelacionadas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), as enfermeiras promovem cuidado humanizado, dirigido e de baixo custo e, ainda permite que essas profissionais continuamente examinem suas práticas, refletindo sobre formas de fazê-las melhor.

O planejamento da assistência de enfermagem engloba certas características, que podem determinar o seu sucesso, que são: **unidade**, implicando na existência de objetivo (s) a atingir e que torne os passos do plano interligados; **continuidade**, evitando a interrupção da assistência de enfermagem prestada; **flexibilidade**, pois as prescrições de cuidados devem ser adaptadas às condições e modificações apresentadas pelo paciente e serem alteradas quando necessário; **clareza e precisão**, para que haja uniformidade em sua interpretação, visto que a assistência é conduzida por diversos profissionais; e **exequibilidade**, pois para serem executados os planos, estes devem estar coerentes com a realidade do serviço (FUGITA e FARAH, 1996).

Nesse contexto, que envolve ações de promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde, a prática da enfermeira é muitas vezes divergente, heterogênea, conflitante e ambivalente, já que carrega sua preocupação em aplicar os conhecimentos adquiridos ao

longo de sua vivência cotidiana, baseados em seus valores, crenças e ideologias, e aliá-los a uma atuação planejada que lhe permita ampliar e aperfeiçoar as atividades assistenciais.

O resultado desse processo, contudo, depende das relações interpessoais entre beneficiários e executores, reunindo um conjunto de atividades sistematizadas, que se realizam de forma coletiva, em um cenário dinâmico e instável, que é o ambiente hospitalar, principal campo de atuação da enfermagem.

Muitas vezes os profissionais de enfermagem alegam falta de conhecimento acerca das etapas que integram o PE e dificuldades vinculadas ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas instituídas pelo serviço. Indicam ainda como limitante o fato de terem sob sua responsabilidade muitos pacientes, escassez de recursos humanos e materiais e erros na implantação desta metodologia (THOMAZ e GUIARDELLO, 2002).

Porém, como destacam Peduzzi e Anselmi (2002), as atividades administrativas das enfermeiras vão além do cunho burocrático, visto que têm por objetivo a implantação, o monitoramento e a manutenção de condições adequadas ao modelo de atenção à saúde que é preconizado pela organização onde atuam. As autoras destacam que o caráter articulador e integrativo está presente no cotidiano do trabalho das enfermeiras, sobretudo nas mediações que desempenham, muito embora elas não atribuam um sentido tecnológico ao trabalho de articulação que executam.

Nesse sentido, é exigido da enfermeira o desenvolvimento de relações eficazes com o paciente/família e demais profissionais da equipe de saúde, que emergem de suas ações na área administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa, a depender da organização na qual esteja inserida. No entanto, como ressalta Rossi (2003), nem sempre a enfermeira consegue explorar o trânsito e a representatividade que tem de uma ponta à outra do sistema de saúde (desde o cuidado direto até aos processos de gestão).

Trevizan *et al* (2002) pontuam que a prática profissional da enfermeira deve ser norteada pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoa, e de suas necessidades específicas. Afirmam, ainda, que algumas atitudes estão implícitas no agir da enfermeira, quando esta deve deixar de ser mera executora de tarefas e assumir a autodeterminação de suas funções, ajustando princípios e medidas administrativas que visem solucionar problemas específicos de sua área, usando sua criatividade ao planejar ações, tomar decisões e adequar recursos humanos e materiais para planejar a assistência desejada.

Reitero o pensamento dessas autoras quando reforçam sobre a importância dos valores compartilhados, alegando que qualquer estratégia será vazia de significado se não considerarmos a relevância das aspirações e das crenças compartilhadas entre a enfermeira e a

equipe de enfermagem, principalmente ao considerar que a implementação do planejamento geralmente fica a cargo dos demais profissionais de sua equipe, que opinam, interagem entre si e com os pacientes e familiares.

No âmbito hospitalar, o que se observa é que apesar da modernização e evolução a nível organizacional e técnico-científico, nos níveis administrativos, onde se situa freqüentemente a enfermeira, as funções gerenciais muitas vezes são confusas e um tanto distantes das práticas interdisciplinares. Isto acaba por se refletir nos processos de trabalho, no modelo de assistência e na qualidade do cuidado prestado (ROSSI; SILVA, 2005).

Leopardi (1999b) menciona que o PE se apresenta numa lógica que apresenta duas vertentes: de um lado se constitui em um instrumento prescritivo para definir a qualidade e a ordem das tarefas do cuidado de enfermagem, e por outro lado se estabelece como instrumento institucionalizado de disciplina. Evidencia-se como recurso de racionalização do trabalho e para ampliar sua produtividade, o que vai demandar mais recursos qualificados, que nem sempre a estrutura político-econômica da organização está disposta ou tem condições de investir. Sua utilização, portanto, não dá conta de atender às expectativas de valorização do profissional e de ampliar a atenção aos usuários do sistema de saúde.

Assim, muitas vezes o que se observa é que o PE não é devidamente operacionalizado pelas enfermeiras pelo fato delas não se sentirem envolvidas no processo de elaboração, mas serem utilizadas como um meio para alcançar as metas que são definidas para esta ou aquela organização.

Existem outros fatores que integram o cotidiano dos profissionais de enfermagem, que dizem respeito às suas crenças, atitudes, valores, habilidades e deficiências no ensino formal. Por outro lado, muitas vezes o PE tem sido aplicado nos serviços de saúde como uma imposição, onde se valoriza mais a documentação do que a sua execução.

Por outro lado, Peduzzi e Anselmi (2002) destacam que os demais profissionais que executam o cuidado de enfermagem, embora não participem diretamente do seu planejamento, fornecem informações diárias sobre as observações e as intervenções realizadas, o que representa um material imprescindível na fundamentação desse planejamento.

Para Ciampone *et al* (1998), os conhecimentos dos quais lançamos mão na Enfermagem para planejar a intervenção, quer seja na assistência ou no gerenciamento, são em geral saberes tecnológicos. Desse modo, é no âmbito da intervenção que se localizam nossas maiores dificuldades, porque o saber tecnológico, que tem sido priorizado na formação da enfermeira, não permite atender a todas as dimensões da realidade.

Questionam, ainda, se conseguimos, com o conjunto de saberes que possuímos, sistematizar e planejar nossa intervenção, de modo a não mais operar sobre os meios, mas sobre a finalidade do nosso processo de trabalho, buscando produzir mudanças, de fato, no perfil da nossa clientela externa (clientes e familiares) e no perfil de saberes da clientela interna (a própria equipe de enfermagem).

Isto posto, ao considerarmos que o planejamento fornece antecipadamente um esquema detalhado para se alcançar um objetivo, podemos dizer que a enfermeira que não planeja e atua intuitivamente não tem possibilidade de avaliar o próprio desempenho ou da sua equipe, não obtém parâmetros para avaliar se todas as ações esperadas foram executadas ou se os resultados foram obtidos, dificultando, assim, uma atuação competente (CIANCIARULLO, 1996).

Fica evidente, então, que a assistência quando não tem bem definidos seus propósitos (planejamento), isto repercute diretamente no cuidado e, conseqüentemente, na qualidade da assistência.

Delgado (2008) destaca em sua tese a importância do processo de enfermagem como uma metodologia sistemática, dinâmica e flexível, aplicável às diversas situações do cuidado desde o primeiro contato, o que permite adaptação às circunstâncias e mudanças, além de representar a tentativa de evidenciar e compreender o trabalho de enfermagem direcionado ao cuidado como uma prática reflexiva.

Costa e Shimizu (2006), por sua vez, afirmam que a melhor compreensão e delimitação das ações desempenhadas pelas enfermeiras são imprescindíveis para eliminar muitos problemas existentes na organização hospitalar, além de promover a melhor articulação entre os componentes da equipe de enfermagem, favorecendo seu reconhecimento pela equipe de saúde, pela organização e principalmente pelo paciente, permitindo, ainda, elevar a qualidade e eficácia da assistência.

Contudo, para que a enfermeira se aproprie do PE enquanto uma ferramenta que lhe subsidia, é necessário que ela desenvolva habilidades, que vão desde o ponto de vista técnico até ao relacional, pois, mesmo que o planejamento seja uma atribuição já incorporada em seu papel profissional, ele é voltado para outrem e desenvolvido por outros profissionais que lhe são subordinados.

Discutir sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, através da estrutura das RS poderá possibilitar o reconhecimento das concretas condições de trabalho e os processos que exprimem e articulam a relação entre a objetividade desta prática

e a subjetividade de cada profissional inserido neste grupo social, neste caso as enfermeiras de uma unidade hospitalar especializada em oncologia.

Nesse sentido, é possível perceber que a enfermeira ao desenvolver a atividade de planejamento da assistência na oncologia, traz as RS elaboradas pelos profissionais que atuam nessa área, buscando o conhecimento dos elementos que constituem a realidade desses trabalhadores. Isto é destacado por Moreira (1998), quando sugere a necessidade de se fazer uma ligação entre as RS e essa prática profissional, com o objetivo de analisar as especificidades do conhecimento que é produzido no desenvolvimento dessa atividade.

3 PERCURSO TEÓRICO

3.1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM CÂNCER

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu há quase cinco décadas e foi elaborada por Serge Moscovici (1961) advinda de investigações empíricas e elaborações teóricas sobre o conceito de representação, publicado em sua tese *La psychanalyse, son image e son public*. Esta tese objetivou identificar e analisar o que ocorria quando um conhecimento novo era divulgado em uma dada população. Neste caso, investigou especificamente a disseminação e incorporação da psicanálise como um conhecimento novo, em Paris (FARR, 1995; SÁ, 2002).

Moscovici (1978) afirma que a representação social é uma preparação para a ação, tanto por conduzir o comportamento, como por modificar e reconstituir os elementos do meio ambiente que o comportamento deve ter lugar. E diz respeito ao que os seres humanos pensam, considerando que estes são sujeitos que pensam de forma autônoma, produzem e comunicam suas idéias no seu meio social, o que irá influenciar, de forma efetiva, a maneira como se desenvolvem suas relações sociais.

A RS refere-se a uma modalidade específica de conhecimento que ressalta o que é construído no senso comum, elaborado socialmente, ou seja, o que é vivido no cotidiano dos sujeitos, condicionando-lhes a forma de agir, interpretar e pensar a realidade percebida, dentro de um contexto social (BONFIM; ALMEIDA, 1992).

As RS se constituem em fenômenos psicossociais e respondem a duas funções: a de formação de condutas para compreender e explicar a realidade, permitindo as trocas sociais, a transmissão e a difusão do saber; e a de orientação das comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática (MOSCOVICI, 1978).

Nesse sentido, as enfermeiras elaboram as RS acerca do planejamento da assistência enquanto o vivenciam com as colegas, pacientes com câncer e demais profissionais de sua equipe. Assim, o planejamento da assistência de enfermagem na oncologia é apreendido no seu conteúdo cognitivo, torna-se um fenômeno social e pode ser compreendido a partir do seu contexto de produção, devido às funções simbólicas e ideológicas do trabalho da enfermagem e as formas de comunicação que aí circulam (FERNANDES *et al*, 2002).

Desse modo, as RS podem se constituir em importante abordagem para a análise da prática desenvolvida na enfermagem em oncologia, em especial o planejamento da assistência, porque são originadas no cotidiano de cada enfermeira, com a possibilidade de influenciar sua conduta e a do outro, e, desse modo, contribuir para a reelaboração e edificação de uma realidade e identidade social do grupo, com padrões de normas e valores sociais, individuais e historicamente determinados pela configuração das RS no plano simbólico e social.

A opção pela TRS como referencial teórico-metodológico deste estudo se deu por considerar que ela torna operacional um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Além disso, ela possibilita conhecer a realidade social na qual está inserida a enfermeira oncológica no desenvolvimento de sua prática de planejamento. Pois, segundo Alexandre (2004),

[...] Por intermédio do aporte teórico da RS, torna-se possível penetrar no cotidiano dos indivíduos, considerando seus valores e identidades culturais, buscando suas verdadeiras raízes e origens, proporcionando o descobrimento de aspectos antigos e novos de sua identidade (p.130).

Nessa perspectiva, ao utilizarmos a TRS, buscamos compreender o comportamento e as atitudes das enfermeiras frente à sua atividade de planejamento da assistência ao paciente com câncer, a partir do seu conhecimento, de suas crenças e valores, que são expressos através da comunicação e interação social, entendendo que estes podem sofrer influência da forma como elas interpretam e representam socialmente essa prática no cotidiano.

Concordo com Carvalho (2005) quando salienta que as RS dos profissionais de enfermagem podem influenciar diretamente na qualidade da atenção dada aos pacientes, considerando que são as RS responsáveis pela escolha das atitudes que representam socialmente a identidade do grupo e sua prática.

Dessa forma, as concepções que as enfermeiras têm sobre o planejamento da assistência são compartilhadas coletivamente, embora percebidas individualmente, o que possibilita compreender como essas concepções podem estar interferindo na sua prática profissional, a partir da visão da própria profissional, que traz consigo todo um conjunto de experiências.

Ou seja, o fundamento das RS é o indivíduo e os grupos sociais, e estas só podem ser construídas a partir destes sujeitos, conquanto eles vivenciem a tensão entre sua objetividade e subjetividade, vivência esta contextualizada num determinado meio histórico e social (GOMES *et al*, 2004).

Para Arruda (2002) a RS se incorpora ao nosso pensar/perceber este mundo, e a devolvemos a ele como entendimento, mas também como juízos, definições, classificações.

Assim, ao considerarmos a natureza humana do trabalho em saúde, quando existe um processo assistencial que demanda uma relação humana intensa, como é o caso da atuação na área de oncologia, onde é intrínseca a relação e o vínculo, podemos dizer que o trabalho em saúde é, simultaneamente, ação produtiva e interação social (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Moscovici (2003, p.199) considera que “[...] o senso comum não é substituído pelas teorias científicas e pela lógica. Ele continua a descrever as relações comuns entre os indivíduos, explica suas atividades e comportamento normal, molda seus intercâmbios no dia-a-dia”.

Jodelet (2002) reforça ainda que a RS deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação, nas relações sociais que afetam as representações sociais e contribuem para a construção da realidade material e social sobre a qual vão intervir.

Para Abric (2000), as RS têm um papel fundamental no movimento das relações sociais, nas práticas e possuem quatro funções essenciais:

- a função de saber, que permite aos atores sociais adquirir conhecimentos, compreendendo-os e integrando-os a si próprios em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais aderem;
- a função identitária, que assegura para os atores sociais um lugar de originalidade nos processos de comparação social. Garante a elaboração de uma identidade grupal e tem um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada integrante do grupo;
- a função de orientação, que guia e orienta os comportamentos por meio de estratégias cognitivas a serem adotadas pelo grupo, da antecipação de expectativas e da determinação de comportamentos a serem seguidos pelo grupo;
- a função justificadora, que fundamenta as tomadas de posição e os comportamentos do grupo.

Na construção das RS existem dois processos básicos que são a ancoragem e a objetivação. Para Moscovici (1978), a ancoragem consiste na inserção orgânica daquilo que é estranho no pensamento já construído; o desconhecido é ancorado nas representações já existentes, tornando o estranho familiar. Seria o processo de domesticação da novidade na realidade social vivida. Já a objetivação, operação formadora de imagens, diz respeito à

cristalização de uma representação, isto é, a constituição formal do conhecimento. Nesse caso, as noções abstratas são transformadas em algo concreto, tornando-se tão vívidos, que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa.

Vala (2001) pontua que a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes das representações e ao percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural. Ou seja, não só o abstrato se torna concreto por meio de sua expressão em imagens ou metáforas, como também o que era percepção se torna realidade.

Para tanto, buscamos a compreensão das representações das enfermeiras sobre o objeto desta pesquisa – o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer – tomando como norte Moscovici (1978), quando assevera que precisamos observar o objeto e mantê-lo integrado como elemento da dinâmica social e vê-lo como determinado pela estrutura social onde essas representações se desenvolvem.

Isso é corroborado por Berger e Luckmann (2007), quando afirmam que a vida cotidiana dos trabalhadores expõe uma realidade interpretada por eles com significados subjetivos e intersubjetivos, na medida em que cada um participa desses significados com os outros indivíduos.

Nessa perspectiva, o estudo acerca da atividade de planejamento da assistência ao paciente com câncer requer a interpretação relacionada ao conhecimento científico propriamente dito e também o conhecimento do senso comum elaborado e compartilhado pelas enfermeiras no cotidiano de sua prática assistencial, o que se reveste de grande importância, visto que contribui para o processo de cuidar e representa um fator de segurança para o paciente e para as profissionais envolvidas nesse processo.

3.2 A TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL E O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM CÂNCER

A Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais foi proposta por Abric (1994) a partir de estudos experimentais das relações entre essas representações e o comportamento humano. Esse autor destaca que as representações se estruturam em torno de um núcleo central (NC), elemento determinante da significação e organização interna. Trata-se, portanto,

do elemento mais estável e resistente às mudanças, que tem características específicas e se constitui em um ou mais elementos que dão significado à representação.

Segundo Abric (2000), o NC permite o estudo comparativo das representações, pois, além de indicadores quantitativos, possui também uma dimensão qualitativa que se caracteriza como um subconjunto das representações. Este é constituído, por um ou mais elementos, cuja ausência causaria desestruturação das RS ou a mudança do seu significado, como ressalta Tura (1997). Para esse autor, a estrutura das RS é formada de elementos centrais e periféricos, cuja caracterização é fundamental para o estabelecimento de limites do conteúdo e da organização interna da representação do objeto em estudo.

SÁ (2002) destaca que a RS apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central (NC), constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação.

Abric (2000) e Campos (2003), por sua vez, ressaltam que o NC precisa garantir o cumprimento de suas funções fundamentais: a função geradora, onde o NC é o elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. Estes tomam um sentido, um valor e uma função organizadora, por ser o NC o elemento unificador e estabilizador da representação. Essas funções dão ao NC a sua estabilidade.

Essa função estabilizadora permite a identificação de diferenças básicas entre as representações, pois se configura, na representação, o elemento mais resistente à mudança. Toda mudança no NC conduz a uma transformação completa na representação. Somente a descrição do conteúdo de uma representação não basta para especificá-la ou reconhecê-la. É a organização desse conteúdo que é essencial (ABRIC, 2000).

A estrutura da RS é constituída de elementos sócio-cognitivos que formam um núcleo central rígido e estável e dão sentido a outros elementos mais flexíveis, denominados periféricos. Eles constituem o essencial do conteúdo da representação; seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Para Abric (2000) e Flament (2001) os elementos periféricos permitem que a representação se ancore na realidade do momento.

Assim, o estudo sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, através da estrutura das RS pôde determinar a importância dessa prática profissional com um enfoque que possibilitou o reconhecimento das reais condições de trabalho e dos processos que revelam e articulam a relação entre a objetividade dessa atividade e a subjetividade de cada enfermeira inserida no grupo social de trabalho.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

"[...] a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores".
(POLIT e HUNGLER, 1995)

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, com multimétodos de coleta de dados e multitécnicas de análise, fundamentados nos aportes teóricos da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1978) e na Teoria do Núcleo Central de Abric (1994), buscando aprofundar o conhecimento do senso comum veiculado pelas enfermeiras acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, dentro do contexto de uma organização hospitalar especializada em oncologia.

Segundo Gil (2006), a pesquisa exploratória tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais específicos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Quanto à pesquisa descritiva, o autor considera que esta seria responsável pela descrição de determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações entre as variáveis. Contudo, algumas pesquisas superam a simples identificação da relação entre variáveis, e buscam determinar a natureza dessa relação, como os estudos em RS.

Polit, Beck e Hungler (2004) destacam ainda, que a pesquisa descritiva auxilia na observação, descrição e exploração de determinados aspectos de uma situação, enquanto a pesquisa exploratória visa explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e outros fatores com os quais ele se relaciona, dentre os quais a comunicação e a interação social que estão incluídas no contexto da vida real.

Nesse sentido, Spink (1993) afirma que as RS emergem do espaço consensual, onde ocorre a interação e a comunicação na construção de um novo comportamento, em resposta ao contexto.

A abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos, trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos epidemiológicos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

Considerando os objetivos propostos, foram utilizados, além do teste de associação livre de palavras (TALP), que constrói o NC da RS, os conteúdos dos discursos das enfermeiras, que possibilitaram a análise quantitativa das representações sociais.

A análise qualitativa objetivou o aprofundamento acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológica, a partir das concepções dos entrevistados. No caso da abordagem qualitativa, Minayo (2000) pontua que ela permite incorporar as questões do significado e da intencionalidade inerentes aos atos e às relações sociais, tanto em sua origem, como no processo de construção humana, a partir dos valores, crenças e ideologias que fazem parte desses, nas trocas de experiências.

Uchôa e Vidal (1994) complementam que as estratégias qualitativas indicam o que é importante estudar em um dado contexto sociocultural, permitindo identificar variáveis pertinentes e formular hipóteses culturalmente apropriadas.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa possibilita uma aproximação fundamental e íntima entre o sujeito e o objeto pesquisado, e tem como material básico a interpretação da palavra que expressa a linguagem cotidiana, sendo assim possível detectar as diferentes percepções, em diferentes contextos.

Assim, desenvolver um trabalho de pesquisa sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer possibilitou uma oportunidade única de trocas, principalmente ao lidar com um tema familiar à nossa prática, mas que envolveu diferentes atores sociais. Isto certamente concorreu para a descoberta de representações diferentes, visto que os comportamentos e atitudes decorrem de suas experiências, crenças e valores.

Vale ressaltar que nenhuma ciência estuda o indivíduo propriamente, porque não seria possível fazer um texto válido sobre um fenômeno que não cabe em categorias regulares. Por outro lado, nada é tão subjetivo que não deixe transparecer alguma realidade (DEMO, 2001).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O *lôcus* da investigação foi um hospital filantrópico, de grande porte, sem fins lucrativos, fundado há 57 anos, situado em Salvador, especializado no atendimento ao paciente oncológico, cuja entidade mantenedora é a Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC).

Esta entidade foi fundada há 72 anos, com o objetivo de recuperar, para a vida, portadores de câncer provenientes das camadas mais pobres da sociedade (SAMPAIO, 2006).

O hospital está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), e é referência nos diversos campos de sua especialidade. Tem como finalidade a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão e serve como campo de prática e estágio para graduandos e pós-graduandos da área de saúde.

Oferece atualmente 210 leitos de internação, sendo 10 leitos de terapia intensiva, um centro cirúrgico com 08 salas com tecnologia de ponta, que realiza cirurgias de média e alta complexidade, uma unidade de oncopediatria com 10 leitos, 07 unidades de internação médico-cirúrgicas e um ambulatório que atende cerca de 150 mil consultas anualmente. Tem como clientela para internamento 100% de pacientes do SUS, atendendo pacientes egressos de diversos municípios do estado da Bahia e de outros estados, que representam cerca de 50% dos atendimentos.

Realiza diversos tipos de atendimento, com ênfase no bem estar do paciente, desenvolvendo programas: Psicologia Hospitalar, Programa de Assistência Domiciliar, de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Grupos de Auto-Ajuda, além de oferecer uma pensão de apoio para os pacientes que vêm do interior.

Segundo o Relatório Anual 2007 da LBCC, o hospital recebe 75% dos pacientes em estágio avançado da doença (graus III e IV), com incidência maior para os portadores de câncer de próstata, colo uterino, pele, mama, boca e faringe e estômago.

Ainda, segundo este Relatório, em 2007 a organização matriculou 5.709 pacientes novos, realizou 9.022 internações, 7.472 cirurgias, 154.923 consultas, 1.561 atendimentos domiciliares, 17.805 sessões de quimioterapia e 113.989 sessões de radioterapia, entre outros procedimentos. Teve uma média de ocupação em torno de 82,3%, com taxa média de permanência de 6,32 dias.

Possui um Departamento de Ensino e Pesquisa que tem como finalidade regulamentar e orientar todas as atividades docentes e discentes do hospital, contando com ampla equipe multidisciplinar. Mantém convênios com diversas instituições de ensino e outras duas organizações hospitalares. Oferece curso de especialização na área médica, em Ginecologia e Mastologia.

O campo de estudo foi escolhido por ser a única organização hospitalar especializada em cancerologia na cidade, tendo em seu quadro funcional um quantitativo de profissionais representativo para a pesquisa e possuir serviço de enfermagem estruturado, com equipe de enfermagem atuando nas 24 horas.

4.2.1 Serviço de Enfermagem

Os recursos humanos de Enfermagem na organização contam com a Chefia do serviço de enfermagem e 01 assessora, que juntas desenvolvem o gerenciamento das ações de enfermagem. No suporte a essa gestão, as unidades fechadas (CC e UTI), de ambulatório, central de material esterilizado, bioimagem e de internação, possuem uma enfermeira administrativa, responsável por cada equipe.

A Chefia de Enfermagem é um órgão normativo, executivo e norteador das ações de enfermagem, que mantém relação de subordinação direta à Diretoria Médica da organização, característico das correntes tradicionais da Teoria Geral da Administração, estando no mesmo nível de hierarquia das coordenações de nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, farmácia, física, entre outras.

Nóbrega (2006) destaca que a horizontalidade da chefia de enfermagem na hierarquia com as demais diretorias seria um fator positivo, pois poderia conferir o estabelecimento de relações de trabalho mais democráticas e fugiria do tradicional modelo hegemônico centrado no médico.

A equipe de enfermagem é constituída por um contingente de 333 profissionais, sendo 72 enfermeiras (os) e 261 técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos nas diversas unidades de internação, ambulatório, centro cirúrgico (CC), terapia intensiva e serviços especializados, de modo a suprir as necessidades de recursos humanos para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade.

A jornada de trabalho instituída na organização para a equipe de enfermagem é de 36 horas semanais para profissionais de nível médio e superior, organizada em uma escala nos turnos da manhã, tarde e serviço noturno. Os profissionais com escalas de M ou T fazem complementações da carga horária em finais de semana com plantões de 12 horas, tanto nas unidades de internação quanto na UTI e CC.

A chefia de enfermagem e sua assessora desenvolvem as atribuições que lhe são conferidas nas suas competências, ao tempo em que mantêm relação estreita com as enfermeiras administrativas e assistenciais, trabalhando de forma colegiada e orientando quanto à condução do trabalho. Além disso, realizam assistência junto aos pacientes ostomizados no ambulatório, e desenvolvem atividades de educação permanente. Objetivam implantar a sistematização da assistência em todo serviço, mas reconhecem que o processo na organização ainda é incipiente.

O processo de implantação da SAE foi iniciado em 2004, utilizando como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) e a Taxonomia II da NANDA (2005). A primeira avaliação da SAE foi realizada em 2009, pela comissão de sistematização.

Atualmente a SAE está parcialmente implantada na UTI, na oncopediatria e em três unidades abertas. A comissão de sistematização da assistência criada este ano, juntamente com as enfermeiras, tem avaliado semanalmente a aplicação da SAE.

4.3 POPULAÇÃO OU UNIVERSO DA PESQUISA

Como população ou universo da pesquisa considerou-se todas as enfermeiras da organização, totalizando 72 profissionais.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: serem enfermeiras do quadro do hospital; aceitarem participar do estudo e estarem atuando na organização há pelo menos um ano, considerando este o tempo mínimo para adaptação às rotinas do serviço e aquisição de conhecimentos e experiência para a construção e consolidação das RS; e aceitarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Inicialmente foram desconsideradas quinze enfermeiras por não atenderem aos critérios estabelecidos, duas por não aceitarem participar do estudo e uma por se encontrar de licença médica por tempo indeterminado.

Assim, a população ou universo da pesquisa ficou restrito a 54 profissionais elegíveis para o estudo. Contudo, outras 13 enfermeiras foram excluídas pela ausência de disponibilidade para a entrevista no período da coleta de dados.

4.3.1. Amostra/Sujeitos da Pesquisa

Para a apreensão do núcleo figurativo ou estrutura das RS com abordagem quantitativa e qualitativa, a amostra foi constituída de 41 profissionais, sendo 40 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, que representou, portanto, 100% do universo disponível.

Para a apreensão do conteúdo das RS ou construção do conhecimento do senso comum, não foi predeterminado o número de sujeitos, pois, segundo Triviños (1987), em se

tratando de dados qualitativos, quando o pesquisador perceber a repetição de dados ou saturação das respostas interromperá as entrevistas. Ainda, segundo Wood e Haber (2001) e Gil (2006), em pesquisa qualitativa, os sujeitos devem ser acrescentados até que novos dados já não mais apareçam, ou seja, até que eles alcancem a saturação. A escolha dos sujeitos foi aleatória, observando, além dos critérios citados, a disponibilidade de tempo das informantes.

Desse modo, a partir da repetição dos dados e saturação das respostas, o número de sujeitos para as entrevistas foi encerrado em 16 informantes.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice B) constituído de três partes:

I) Dados de identificação do perfil sociodemográfico, tais como: nome, faixa etária, sexo, vínculo empregatício, universidade formadora, tempo de formado, tempo de serviço na organização, qualificação, existência de outro vínculo empregatício, seguido dos dados referentes à existência de sistematização da assistência de enfermagem;

II) Questão aberta para evocação ou associação livre de palavras, a partir da questão norteadora, assim formulada: Quando se fala em planejamento da assistência ao paciente com câncer, o que vem à sua mente? A resposta deverá conter, pelo menos, cinco palavras e ou expressões, com solicitação do registro da palavra mais importante;

III) Três questões abertas relacionadas à visão do profissional de enfermagem sobre o planejamento da assistência ao paciente oncológico, como seguem: Fale sobre o planejamento da assistência ao paciente com câncer; conte sua experiência no planejamento da assistência ao paciente com câncer nesta organização; percebe diferenças no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente com câncer em relação a outros pacientes?

Como se tratava de entrevista de profundidade surgiram outras questões no decorrer da entrevista, importantes para a aquisição de uma maior quantidade de informações relativas ao objeto de estudo.

A técnica de entrevista foi escolhida pelo fato de ser apoiada em questionamentos básicos relativos a um conteúdo específico, o que proporcionou a interação do pesquisador com o entrevistado. Nesta oportunidade, o sujeito do estudo, segundo Triviños (1987), consegue expressar espontaneamente seu pensamento e suas experiências.

Nessa perspectiva, Polit; Beck e Hungler (2004) ressaltam que o método de entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a exploração do problema, a verificação de quanto sensível ou controverso é o tópico, além de verificar como as pessoas os contextualizam, dialogam sobre eles e da gama de opiniões ou comportamentos existentes.

Ao optarmos por multi-métodos de coleta de dados, encontramos consonância com o que é destacado por Moscovici (1978), quando lembra que, como cada grupo possui um universo de opiniões que lhe são próprias, a diversidade de técnicas de coleta de dados permite, simultaneamente, a possibilidade de se fazer comparação e facilitar a exploração das categorias temáticas incluídas no conteúdo das entrevistas, codificadas sob dois aspectos: um centrado no conteúdo e outro centrado no grupo, desde que são analisadas as diferentes dimensões de conteúdo e processo das RS, ou seja, a objetivação e a ancoragem.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetivada pela autora, após a devida aprovação do Comitê de Ética da organização, entre os meses de agosto/2008 a março/2009. O teste do instrumento de pesquisa foi realizado, após as devidas liberações, com duas enfermeiras que atuavam com pacientes oncológicos, em outra organização hospitalar geral.

Inicialmente foi realizada visita de apresentação à Coordenação de Enfermagem da organização escolhida, entregando cópia do projeto, quando foram explicitados os objetivos do estudo e feito os contatos com as enfermeiras para uma primeira aproximação, acatando sugestão de Minayo (2000), e posterior agendamento das entrevistas.

Para garantir o anonimato dos sujeitos pesquisados, utilizado para codificação das enfermeiras algarismos arábicos correspondendo à ordem de realização das entrevistas.

Antes da aplicação das entrevistas foram apresentados aos informantes os objetivos do estudo e, em seguida, o TCLE, expondo todos os aspectos que envolvem a pesquisa com seres humanos, tais como: respeito à individualidade e a autonomia dos informantes em participar ou não da mesma, sem prejuízo pessoal ou profissional; necessidade de sua anuência para gravação da entrevista; garantia de sigilo absoluto; possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou desistir, a qualquer tempo, da pesquisa. Ao término dos esclarecimentos foi solicitada a assinatura do TCLE, atendendo as recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Foram observados alguns cuidados para que a rotina de atividades dos sujeitos da pesquisa não sofresse alterações, buscando um local na organização, onde pudessem ser respeitadas a privacidade e liberdade de expressão para realização da entrevista. Além disso, procuramos adequar o momento das entrevistas e aplicação dos testes agendando-os previamente, mas tendo que adequá-lo ainda à disponibilidade das profissionais, de acordo com as demandas do plantão.

A fim de evitar que o sujeito fosse influenciado por outros aspectos que seriam abordados na pesquisa, o TALP foi aplicado antes da entrevista (OLIVEIRA *et al*, 2005). Vale lembrar que o TALP é um método quantitativo que permite apreender os elementos da estrutura do Núcleo Central e Sistema Periférico das RS.

As entrevistas foram aplicadas após o desenvolvimento dos passos sugeridos por Minayo (2000) – contato e aproximação com as pessoas das áreas selecionadas para o estudo, com o objetivo de reduzir a ansiedade e dissipar temores relativos à entrevista e possibilitar a expressão espontânea de aspectos de interesse do pesquisador, considerando os seguintes procedimentos: inicialmente foram coletados os dados referentes à caracterização dos informantes, através dos elementos de identificação do perfil sócio-demográfico, seguido do TALP.

Para o TALP, seguindo orientação de Tura (1997) e Oliveira *et al* (2005), os atores sociais ou informantes, foram treinados com termos indutores diferentes do estímulo do objeto em estudo, de forma lúdica, no sentido de familiarizá-los com a referida técnica. Nesse sentido, foi utilizado um termo indutor, solicitando que a enfermeira falasse cinco palavras que lhe viessem à mente ao ouvir a palavra cama, água, entre outros, no sentido de familiarizá-las com a técnica.

O TALP foi aplicado individualmente a todas as informantes que preencheram os critérios de seleção da amostra.

A aplicação dessa técnica, como propõe Abric (2000) e Sá (2002), visa explicitar de forma mais rápida e espontânea, os elementos associados aos valores e normas que estão ligados às condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo, as quais constituem o núcleo central da representação.

Dessa forma, tornaram possível a sua comparação, comprovação e relação com os conteúdos discursivos que também possibilitaram a análise da dimensão quantitativa dos dados, através da atribuição da unidade de enumeração às unidades semânticas de análise, que permitiram destacar a frequência e percentual do conjunto de unidades similares, que constituíram as categorias e subcategorias.

Vale destacar que tivemos muitas dificuldades para iniciar a coleta de dados, devido à morosidade na liberação pelo Comitê de Ética e à proximidade do local determinado para as entrevistas, que era contíguo à sala da coordenação de enfermagem. Algumas informantes demonstravam certa inibição durante a entrevista, apesar de concordarem em realizá-la, após anuência da gravação e assinatura do TCLE. Considerando esse fato, sempre que foi possível, realizamos as entrevistas em outros locais indicados e escolhidos pelas depoentes, quando demonstraram maior liberdade de expressão.

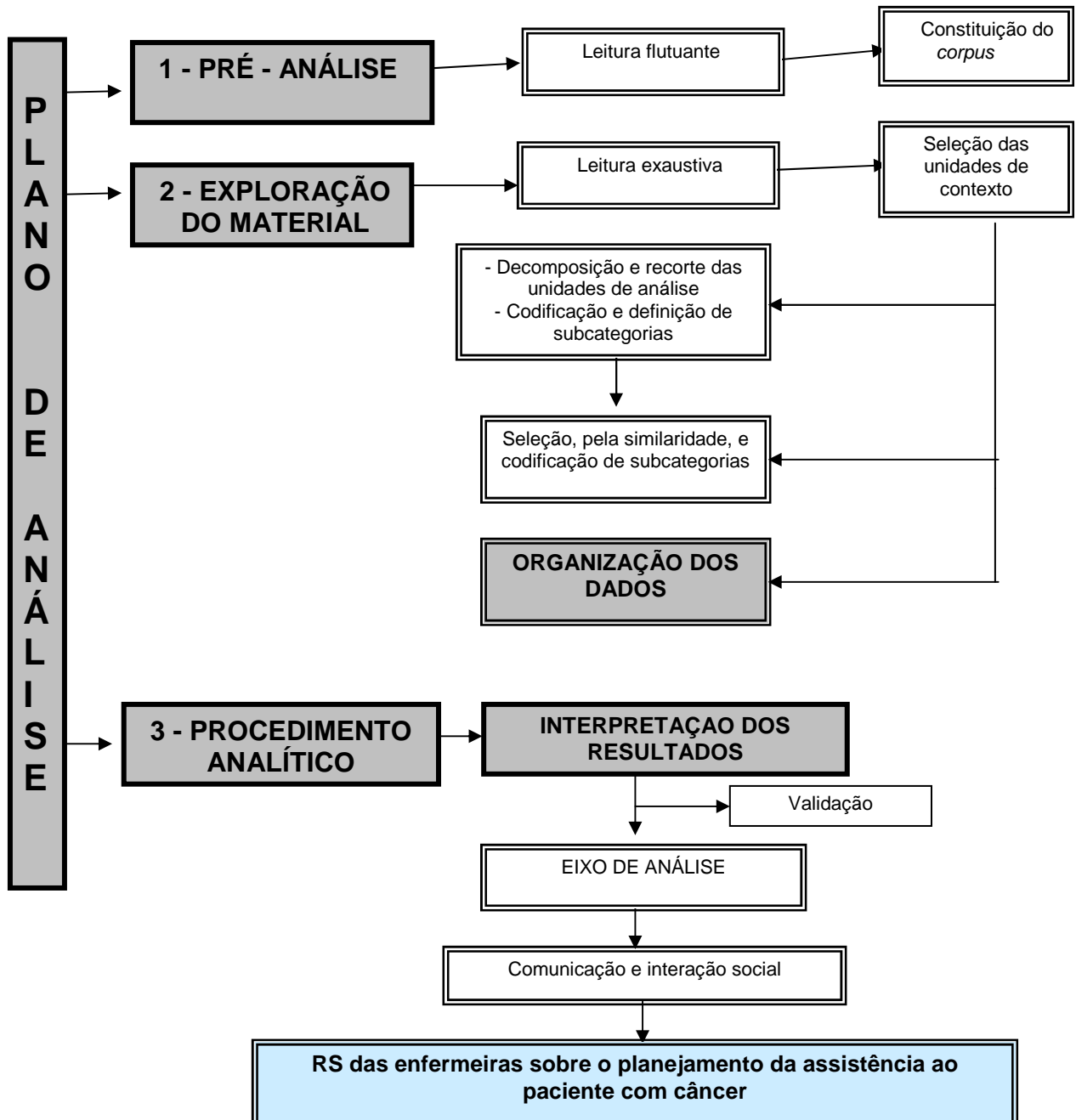
Em seguida foi realizada a entrevista gravada, após os procedimentos legais já abordados. Essas foram agendadas previamente com as profissionais, de acordo com a disponibilidade das mesmas, e realizadas em ambiente restrito à presença da pesquisadora e entrevistada. A coordenação de enfermagem muito colaborou na liberação das enfermeiras, mas houve dificuldades na saída das mesmas das suas unidades para deslocar-se ao local designado para a entrevista.

Apesar da tentativa de realizar também a observação livre com registro em diário de campo, no intuito de descrever os aspectos relativos às atividades de planejamento desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, essa não foi realizada devido a limitações de acesso da pesquisadora aos locais de trabalho das entrevistadas, que foram encaminhadas à área definida pela coordenação de enfermagem para as entrevistas. Teria sido interessante o registro em diário de campo, desde que os comportamentos e atitudes, segundo Furegato (1999), são relevantes para o pesquisador perceber a presença (ou ausência) de determinadas ocorrências ou de fatos considerados importantes e questões de seu interesse, na busca de respostas que pudessem fundamentar melhor o objeto de estudo.

Foram realizadas 16 entrevistas com os profissionais que aceitaram participar do estudo e permitiram a gravação – obedecendo aos procedimentos legais. Esta etapa teve a duração entre 4 minutos e 59 minutos, com uma média de 21 minutos por entrevista. Essas foram transcritas na íntegra, com fidedignidade ao discurso dos sujeitos. Nenhum sujeito demonstrou interesse em retirar conteúdos ou desistiu de participar do estudo.

Para a constituição do *corpus* (conteúdo das entrevistas) foi realizada a leitura flutuante buscando em todos os conteúdos das entrevistas aqueles relativos ao objeto de estudo, quando foram excluídas duas entrevistas pela ausência de referência ao planejamento da assistência ao paciente com câncer, ficando o *corpus* constituído de 14 entrevistas.

Adotando as sugestões de Vala (2001) e Bardin (2007), foram consideradas as etapas de constituição do *corpus*, pré-análise e exploração do material, para organização dos dados assim definidos, conforme apresentado no Esquema 1 - Plano de Análise, que se segue:



Esquema 1 – Plano de Análise

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados resultantes das evocações geradas com o TALP foram organizados em um dicionário e foram analisados através do *software* EVOC, de Vergès (2000). Este se caracteriza por um conjunto de programas informáticos que calcula a frequência média simples e a ordem média ponderada de cada palavra evocada, com a utilização da técnica de Quatro Casas de Vergès (2000), com base na análise lexicográfica.

As palavras que fizeram parte do dicionário tiveram uma frequência média ou igual a 3, sendo este o ponto de corte vertical dado pelo programa e ordem média de evocação em torno de 7, que constituiu o ponto de corte horizontal para a construção do quadro de Quatro Casas. Também para a análise quantitativa foi utilizada a técnica de atribuição da unidade de enumeração.

Conforme Tura (1998), a posição dos elementos no quadrante é definida pela frequência de ocorrência. Deste modo, os elementos que podem fazer parte do núcleo central da RS são aqueles que apresentam maior frequência de ocorrência e pronta evocação e estão situados no quadrante superior esquerdo do quadro, enquanto os elementos periféricos são aqueles situados no quadrante inferior direito, com frequência menor de ocorrência e mais tardiamente evocados.

Para Abric (2000) uma representação é constituída de um conjunto de crenças, informações, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social. Dessa forma ele se organiza, estrutura e se constitui num sistema sociocognitivo específico. O autor propõe a organização da RS ao redor de um núcleo central, sendo este o elemento que subsidia seu sentido fundamental e inflexível, e permite o estudo comparativo das representações, pois, além de indicadores quantitativos, possui também uma dimensão qualitativa que se caracteriza como um subconjunto das representações.

Para o conjunto dos dados da entrevista foi utilizada a análise de conteúdo, como preconizado por Vala (2001) e Bardin (2007, p. 37), que assim a define:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para tanto, é utilizada a unidade temática ou unidade de informação, que, segundo Franco (1986) pode ser uma simples sentença que integra objeto, sujeito e predicado ou um conjunto delas ou um parágrafo, muito utilizada na análise de conteúdo, em estudos sobre valores, crenças e opiniões para o aprofundamento de conhecimentos subjetivos. Nessa análise é enfatizada a análise de ocorrências, no sentido de apresentar a atenção dada pelos sujeitos da pesquisa ao discurso, demonstrando os diferentes conteúdos expressos e relacionados.

Para Bardin (2007), essa técnica também permite ao pesquisador fazer inferências sobre a prática profissional do pesquisado, ou seja, a tentativa do analista de conteúdo é dupla: compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também, e principalmente, desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira.

A análise de conteúdo “[...] procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, trazendo como seu objeto a fala, isto é, o aspecto individual da linguagem” (BARDIN, 2007, p.36). Este conhecimento pode ser fundamentado através das inferências referentes ao conteúdo científico e experiência do investigador.

A autora considera, ainda, que não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de significados, outros ‘significados’ de natureza psicológica, sociológica, política ou histórica (2007).

Sendo a análise de conteúdo uma técnica que observa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens inventariadas e sistematizadas, articulando com o contexto de produção (BARDIN, 2007). Obedeceu-se às seguintes etapas:

a) Leitura flutuante e constituição do *corpus*: o *corpus* foi constituído por 41 informantes, que representou 75, 92% da população para o teste de associação livre de palavras, além das 16 entrevistas. Após a transcrição das dezesseis entrevistas, na íntegra, realizou-se a leitura flutuante, seguida da leitura exaustiva para se chegar à definição das categorias emergentes (empíricas), que posteriormente foram validadas pela orientadora que trabalha com o referencial teórico escolhido, para que assim, diminuíssem as margens de erro.

Em relação ao TALP, para caracterizar a estrutura representacional do planejamento da assistência, construímos uma listagem dos temas emergentes concernentes ao estímulo indutor dado ao grupo, e, posteriormente, realizamos a junção de termos com similaridade semântica.

b) Exploração do material:

- Seleção das unidades: para a escolha das unidades de análise, optou-se inicialmente pelas unidades de contexto relativas ao planejamento da assistência ao paciente com câncer que corresponderam às entrevistas, em seguida, utilizando o critério de recortes semânticos que corresponderam à unidade de registro – frases e palavras.

Nesse sentido, Vala (2001) cita que a unidade de contexto compreende os segmentos maiores do conteúdo, ou seja, os parágrafos correspondem aos temas maiores das entrevistas. Posteriormente, os temas emergentes das entrevistas foram decompostos em unidades temáticas, ou unidades de informação.

- Desse modo, foram realizados os recortes, classificação, codificação e, após decomposição da fala dos sujeitos da pesquisa, realizou-se a codificação dos temas, agrupando-os pelos núcleos de significado em subcategorias.

- Em seguida foi realizada a categorização, que tem como função isolar os elementos mais importantes relacionados ao objeto de estudo (BARDIN, 2007). O *corpus* das entrevistas foi então reagrupado em cinco categorias e dezesseis subcategorias definidas com base na análise de ocorrências e similaridades, assim nomeadas: concepção do planejamento; requisitos necessários ao planejamento; atributos necessários ao planejamento; fatores intervenientes ao planejamento e aspectos psicossociais do planejamento, que são apresentadas no capítulo de análise e discussão dos resultados, que segue, com as respectivas inferências e interpretações.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, permite à enfermeira considerar a individualidade do sujeito, sua singularidade, ao tempo em que busca atender às demandas diversas e complexas geradas nesse planejamento.

A construção do senso comum sobre essa atividade é embasada na atuação da enfermeira no cotidiano de lidar com esse tipo de paciente, pois, como bem pontua Jodelet (2002), as idéias predominantes expressas por um grupo ou sociedade, atribui-lhes identidade e concretizam-se em ações e atitudes.

Inicialmente apresentamos os dados que caracterizam o perfil sociodemográfico das entrevistadas, seguida da estrutura das RS sobre o planejamento da assistência ao paciente com câncer, da análise quantitativa e discussão de todas as categorias e respectivas subcategorias que emergiram da atribuição da unidade de enumeração às unidades temáticas ou de informação. Essa etapa foi essencial para distinguir a importância atribuída pelas informantes ao planejamento da assistência a esse tipo de paciente.

Posteriormente apresenta-se a análise e discussão qualitativa ou construção do conhecimento do senso comum com respectivos valores e crenças conferidos a cada subcategoria e que foram ressaltados nos discursos, visando atingir os objetivos pretendidos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Achamos oportuno caracterizar os sujeitos deste estudo, compreendendo que os dados sociodemográficos serão úteis, em algum momento, para o desenvolvimento das discussões. Nas tabelas numeradas de 1 a 10 apresentadas a seguir, estão dispostos os dados que retratam o perfil das entrevistadas.

O total de participantes contabilizou 41 enfermeiras (os), sendo 40 (97,56%) do sexo feminino e 1 (2,44%) do sexo masculino, o que afirma a Enfermagem como uma profissão, por excelência, do sexo feminino, inclusive nessa área de atuação, mesmo com a inserção observada atualmente de um número cada vez maior de homens nesse mercado de trabalho.

A Tabela 1, que se segue, refere-se à faixa etária das informantes.

Tabela 1 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Faixa Etária – Salvador, Bahia – 2008

Faixa Etária	N.º	%
21 – 25 anos	04	9,76
26 – 30 anos	07	17,07
31 – 35 anos	05	12,19
36 – 40 anos	11	26,83
41 – 45 anos	08	19,51
46 – 50 anos	03	7,32
> 51 anos	03	7,32
Total	41	100,00

Na tabela acima se pode visualizar que a faixa etária predominante está entre 36 e 40anos com 11 (26,83%), seguida pela faixa dos 41 a 45 anos com 08 (19,51%), situadas na parcela da população economicamente ativa, que somadas perfazem um total de 19 (46,34%). A concentração dos sujeitos nas faixas acima descritas pode indicar a afinidade desses profissionais com a oncologia, já que estão numa fase de vida com experiência profissional e poderiam escolher outras áreas para atuar.

A seguir a Tabela 2 que retrata o tempo de formação profissional.

Tabela 2 – Perfil do dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Tempo de Formada (o) – Salvador, Bahia – 2008

Tempo de Formada (o)	N.º	%
1 – 5 anos	10	24,39
6 – 10 anos	08	19,51
11 – 15 anos	10	24,39
16 – 20 anos	08	19,51
21 – 25 anos	03	7,32
26 – 30 anos	02	4,88
Total	41	100,00

Observa-se na tabela acima que se trata de um grupo heterogêneo e maduro no que se refere ao tempo de formação profissional, que varia entre 1 e 30 anos, com predominância de tempo entre 6 e 20 anos, cujos resultados somados perfazem 26 (63, 41%) o que pode demonstrar mais uma vez a afinidade com a área, embora possa interferir na construção das RS sobre o planejamento da assistência ao paciente oncológico, pelo desgaste e acomodação com o tempo prolongado de formação. Aqueles cujo tempo de formado é reduzido, por sua vez, podem estar propensos a maiores dificuldades em articular as atividades assistenciais com as atividades de planejamento, podendo realizá-las de forma assistemática ou automatizada.

Para melhor visualização, segue a Tabela 3 com os dados relativos ao tempo de atuação das entrevistadas na referida organização.

Tabela 3 - Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Tempo de Atuação na Organização – Salvador, Bahia – 2008

Tempo de Atuação	N.º	%
1 – 5 anos	17	41,47
6 – 10 anos	04	9,75
11 – 15 anos	11	26,83
16 – 20 anos	07	17,07
21 – 25 anos	02	4,88
Total	41	100,00

A tabela acima expõe a distribuição do tempo de atuação das entrevistadas na organização. Observa-se que a maioria está entre 1 e 5 anos com 17 (41,47%) das enfermeiras, o que, por um lado se contrapõe ao tempo de formação, e pode demonstrar limitada experiência na área.

Muitas entrevistadas já conheciam a organização antes de se formarem, já que o hospital é campo de prática universitária, sendo que algumas delas encontram-se atuando na organização desde que se formaram, o que evidencia, em princípio, existir a afinidade das mesmas com a área de atuação.

Por outro lado, a concentração de enfermeiras com pouco tempo de formado pode estar relacionada à busca pela organização, por profissionais recém-formados, para aquisição de conhecimento e experiência; à não adaptação ao tipo de trabalho pelas características da

especialidade, que acabam depois de algum tempo migrando para outra área; ou mesmo à baixa capacidade de retenção de profissionais, pela organização, por motivos diversos (condições de trabalho, salariais, benefícios, etc.).

22 (53,65%) das entrevistadas, contudo, atuavam na organização entre 6 e 20 anos, o que demonstra um percentual alto de profissionais que optaram em permanecer nessa área de atuação. Martins *et al* (2006) sinalizam que a experiência profissional, o envolvimento organizacional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam os profissionais a permanecerem em uma organização, aliado à proposta de trabalho dessa organização e a satisfação individual.

Isso é corroborado com o estudo de Quattrin *et al* (2006 *apud* Rodrigues, 2006) realizado com enfermeiros atuantes em oncologia, que evidenciou um aumento nos níveis de desgaste emocional em enfermeiros que não optaram por trabalhar nessa especialidade.

Assim, embora a oncologia se caracterize como uma área potencialmente estressante pelas situações de gravidade e morte do cotidiano, e, conseqüentemente poder levar ao sofrimento no trabalho, o fato da profissional ter optado pela área de atuação, e se identificar com ela, pode contribuir para minimizar esse processo.

Rodrigues (2006), por sua vez, em sua investigação sobre *burn out* e estilos de *coping* em enfermeiros atuantes em oncologia, não encontrou o fator opção por atuar na área como uma proteção contra o desenvolvimento da síndrome no grupo estudado. A autora acredita que os estressores e estilos de *coping* usados pelos enfermeiros também interferem no adoecimento do profissional, já que não havia diferenças significativas entre os dados sociodemográficos dos enfermeiros em relação aos demais estudos estrangeiros.

Segundo Maslach e Jackson (1981 *apud* Rodrigues, 2006) a síndrome de *burn out* refere-se a uma síndrome tridimensional que decorre de uma resposta inadequada do indivíduo a um estresse crônico decorrente do ambiente de trabalho. Envolve as dimensões desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional.

Quanto ao *coping*, refere-se aos mecanismos de defesa, motivados interna e inconscientemente, como forma de lidar com conflitos de diversas ordens. Se considerarmos que nessa área existe pouco espaço para que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, exponham seus sentimentos, medos e fragilidades diante da situação de gravidade de seus pacientes, veremos como é importante uma atenção da organização frente a esses profissionais, para que possam oferecer uma assistência humanizada e de qualidade.

Prosseguindo, apresenta-se a Tabela 4 com a distribuição das instituições formadoras.

Tabela 4 - Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Universidade Formadora – Salvador, Bahia – 2008

Escola	N.º	%
Privada	30	73,17
Pública	11	26,83
Total	41	100,00

Nesta tabela ressalta-se que a predominância da formação das entrevistadas foi em universidade privada com 30 (73,17%) enfermeiras, seguida da universidade pública com 11 (26,83%). Isso pode ser justificado pelo que já foi citado anteriormente, quando foi destacado que a organização é campo de prática de universidades privadas, havendo uma maior facilidade de ingresso das recém-formadas nesta unidade hospitalar. Por outro lado, há uma prevalência de cursos nas universidades privadas em relação às universidades públicas, advento que tem sido observado nas últimas décadas, associado à maior dificuldade no acesso às universidades públicas.

100% das entrevistadas referem não ter cursado disciplina específica sobre oncologia na graduação, independente do tipo de instituição de ensino em que se graduaram. Parece não existir, por parte dessas instituições, uma preocupação com a formação dos alunos com enfoque nessa área. Em algumas regiões do país, especialmente Sul e Sudeste, já tem sido incluída a disciplina enfermagem oncológica na grade curricular de algumas faculdades, como disciplina optativa, mas de ainda de forma incipiente.

A inserção do ensino da Oncologia nos cursos de graduação em Enfermagem além de abordar os aspectos do cuidado em processo de morrer e suas famílias, deveria incorporar aspectos relacionados ao cuidado do profissional que cuida desses pacientes. A especialidade vem ganhando espaço nos últimos anos devido ao aumento no diagnóstico dos diversos tipos de câncer e a novas modalidades de tratamento, o que requer um profissional habilitado para lidar com todas as demandas que a área exige (RODRIGUES, 2006).

É importante que outros aspectos da assistência, como o planejamento desta e sua execução, sejam contemplados, de modo a atender à complexidade desse paciente.

Dando seguimento, apresentamos a seguir a Tabela 5 com a variável especialização.

Tabela 5 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Especialização – Salvador, Bahia – 2008

Especialização	N.º	%
UTI	06	14,63
Oncologia	03	7,32
Auditoria	03	7,32
Obstetrícia	02	4,88
Pediatria	02	4,88
Outras	07	17,07
Não possui	18	43,90
Total	41	100,00

A tabela acima demonstra a diversidade de especializações, que somadas perfazem um total de 23 (56,10%) enfermeiras que possuem especialização, embora apenas 03 (7,32%) tenham feito na área de oncologia. Há uma prevalência de enfermeiras com especialização em unidade de terapia intensiva 6 (14,63%) em relação às demais especialidades, certamente por se tratar de uma área que tem muita evidência na enfermagem e essa especialização geralmente é pré-requisito para atuação na maioria das unidades hospitalares de internação ou área afim.

Essa constatação nos leva a um questionamento: por que as enfermeiras de unidades de clínica médica, cirúrgica e ambulatorial que existem em maior número, fazem opção pela especialização em UTI? Será pela desvalorização do cuidado humano e valorização da tecnologia? Será pela crença de que quem atua em UTI é mais preparado, com o trabalho equivalente ao trabalho curativo do médico?

Sob outra perspectiva, será que a opção pela especialização em áreas como terapia intensiva ou emergência tem a ver com tecnologia de ponta utilizada, com altos investimentos para manutenção da vida e a relação que as enfermeiras fazem da doença oncológica com a alta taxa de mortalidade, justificando, assim, não investir em conhecimento específico nessa área? As respostas a tais questionamentos, embora sejam relevantes, demandam um estudo à parte.

Rodrigues (2006) aborda em seu estudo, a importância do profissional buscar o desenvolvimento de habilidades específicas exigidas para sua área de atuação. Ela destaca que, especificamente em Oncologia, a busca por um curso de especialização é significativa, visto que na maior parte das instituições de ensino brasileiras, em nível de graduação em Enfermagem, o ensino da Cancerologia ainda é premente.

Nesse sentido, a pós-graduação representaria uma forma de aquisição de conhecimento pautada em referenciais teóricos fundamentais para a prática, não decorrendo exclusivamente das atividades realizadas no cotidiano, mas dando subsídios para uma atenção diferenciada.

Olhando sob outro ângulo, na tentativa de encontrar respostas, salienta-se que o investimento pessoal e financeiro para realizar uma especialização é muito alto, e, desse modo, muitas vezes as enfermeiras fazem opção por uma área que possa dar maior retorno profissional, já que as UTI's e unidades de emergência existem em maior número que as unidades oncológicas.

Muito embora haja uma expansão dos serviços de oncologia na cidade, não se observa um incremento no investimento em cursos de pós-graduação nessa área por parte dos profissionais. Atualmente existe a oferta do curso em uma organização privada, mas não inicia turma há dois anos (dentre as justificativas existe o custo do curso, incompatibilidade de horário com os vínculos empregatícios, ausência de investimento da organização onde trabalham para ajudar no custeio do curso, entre outros.).

Apesar de não dispomos na cidade de Salvador de uma residência em enfermagem em oncologia, a organização estudada é cadastrada como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o que favorece o intercâmbio de seus profissionais para capacitação e qualificação no Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, seja em nível de capacitação, especialização ou residência em enfermagem, nas diversas áreas.

Diante do cenário apresentado, observa-se que, de um modo geral, não há exigência nas organizações de que a enfermeira possua especialização em oncologia como um pré-requisito para atuar na área. Embora haja uma compreensão da necessidade de conhecimentos específicos para essa atuação, existe pouco investimento para a aquisição dos mesmos, ficando restrita à prática profissional generalista.

Fica evidente a importância de um serviço de educação permanente estruturado, nas organizações, visando minimizar as deficiências que surgem no cotidiano dessas profissionais e sua equipe.

Ao se considerar o percentual de sujeitos que não possuem especialização 18 (43,90%), parece não existir por parte da organização incentivo salarial ou plano de cargos e salários, que contemple aqueles que a possuem.

Ainda quanto ao perfil sociodemográfico, segue a Tabela 6 com a distribuição da faixa etária em relação à existência ou não do segundo vínculo empregatício.

Tabela 6 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Faixa Etária e Outro Vínculo Empregatício – Salvador, Bahia – 2008

Faixa Etária	SIM	%	NÃO	%	Subtotal
21 – 25 anos	02	4,88	02	4,88	04
26 – 30 anos	06	14,62	02	4,88	08
31 – 35 anos	02	4,88	03	7,31	05
36 – 40 anos	07	17,08	03	7,31	10
41 – 45 anos	07	17,08	01	2,44	08
46 – 50 anos	02	4,88	01	2,44	03
> 51 anos	02	4,88	01	2,44	03
Total	28	68,30	13	31,70	41 (100%)

Observa-se nesta tabela que 28 (68,30%) das enfermeiras possuem outro vínculo empregatício, sendo que dessas, 14 (34,16%) estão na faixa etária entre 36 e 45 anos, seguida de 6 (14,62%) entre 26 e 30anos. Essa amostra representativa demonstra o que se observa na enfermagem como um todo, onde os salários vigentes no mercado não permitem a opção por apenas um vínculo empregatício, inclusive pelo fato das mulheres, que também são maioria na amostra, virem assumindo um papel de mantenedora de sua família ou contribuindo fortemente para tal.

O trabalho em turnos interfere na vida familiar de forma bastante significativa. Os trabalhadores em turnos vivenciam um cotidiano essencialmente diferente do restante de outras áreas, em termos de distribuição temporal de suas atividades, exigindo uma outra organização de vida que possa conciliar trabalho, vida social e familiar (ROTENBERG, 2004). Se considerarmos que muitos desses outros vínculos são em áreas igualmente desgastantes como a oncologia, é preciso considerar o quanto isso pode repercutir na saúde dessas profissionais.

Das 13 (31,70%) entrevistadas que não possuíam outro vínculo, a maioria atuava nas unidades de internação (38,47%), ambulatório (23,07%), centro cirúrgico (23,07%) e UTI (15,39%). A prevalência das informantes sem outro vínculo estava na faixa etária entre 31 e 40 anos correspondendo a 14,62% da amostra.

A seguir, na Tabela 7, descrevemos a área de atuação das enfermeiras no segundo vínculo empregatício.

Tabela 7 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Área de Atuação no Segundo Vínculo Empregatício – Salvador, Bahia – 2008

Área de Atuação 2º vínculo	N.º	%
UTI	08	19,51
Emergência	08	19,51
Clínica Médica	03	7,32
Saúde Pública	03	7,32
Ambulatório	02	4,88
Auditoria	01	2,44
Clínica Cirúrgica	01	2,44
Educação	01	2,44
Outra área	01	2,44
Não possui outro vínculo	13	31,70
Total	41	100,00

A tabela acima descreve a área de atuação do segundo vínculo das entrevistadas, que trabalhavam, em média, 64 e 72 h semanais.

Observa-se a prevalência de atuação das enfermeiras em áreas como UTI (19,51%) e emergência (19,51%) que também demandam muito investimento pessoal no que diz respeito à gravidade, instabilidade dos pacientes e situações de morte, semelhantes às vivenciadas pelas enfermeiras na organização em estudo.

Delgado (2008), em seu estudo sobre o significado do processo de enfermagem para enfermeiras realizado no México, constatou que a sobrecarga de trabalho influencia na avaliação das condições dos pacientes sob sua responsabilidade e na tomada de decisões, priorizando os cuidados de rotina que orientam o curso de suas atividades no turno de trabalho.

Se considerarmos as demandas existentes nas unidades oncológicas, aliadas à dupla jornada de trabalho, teremos noção do desgaste físico e mental a que estão expostas essas profissionais, tendo em vista a carga horária semanal elevada.

Ao se discutir a questão do planejamento da assistência de enfermagem, muitas vezes as enfermeiras pontuam a dificuldade na execução da SAE em vista do ‘pouco tempo’ que dispõe para tal fim, num turno de seis horas. Se levarmos em consideração que existe sempre a preocupação do estar saindo de um vínculo para o outro, sempre corridas, certamente o planejamento da assistência pode acabar sendo delineado mecanicamente, por prioridades, em

vista dessa ‘falta de tempo’. Por outro lado, como ressalta Delgado (2008), as enfermeiras ao terem um grande número de pacientes a cuidar, estes exigirão agilidade na realização de suas ações para dar conta do trabalho a elas destinado.

Segundo a ABEN (2006), a dupla jornada de trabalho pode ser facilitadora para o surgimento de doenças físicas, psicológicas ou sociais, uma vez que a enfermagem tem algumas características peculiares, como ser responsável pela execução de cerca de 60% das ações de saúde, sendo a categoria que mais entra em contato com o paciente, somando-se à peculiaridade de predominância do gênero feminino e de formação profissional fragmentada e hierarquizada. Esses fatores podem ser somados às características intrínsecas às unidades, como o atendimento de pacientes graves, e/ou em situações terminais, além do grande número de atividades a serem desempenhadas pelo profissional de enfermagem.

Prosseguimos com a Tabela 8, que apresenta a área de atuação das informantes.

Tabela 8 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Área de Atuação na Organização – Salvador, Bahia – 2008

Área de Atuação	N.º	%
Unidades médico-cirúrgica	16	39,02
UTI	08	19,51
Ambulatório	05	12,19
Quimioterapia	05	12,19
Centro Cirúrgico	03	7,32
Radioterapia	02	4,88
Oncopediatria	01	2,44
Coordenação	01	2,44
Total	41	100,00

Nesta tabela podemos observar o perfil de distribuição dos sujeitos por área de atuação na organização, sendo que o quantitativo de destaque encontra-se na área aberta (39,02%), que são as unidades de internação, que concentram as de clínicas médica e cirúrgica, tendo sido entrevistadas profissionais que atuam nos três turnos de trabalho. Encontramos um percentual pequeno na área de oncologia pediátrica (2,44%), pois nessa unidade a concentração de enfermeiras com menos de 1 ano de atuação na organização era maioria.

A oncologia é uma área que tem muitas subespecialidades, e, com isso, cria muitas possibilidades de atuação para a enfermagem. No entanto, seja nas unidades de internação,

ambulatoriais ou unidades fechadas, a atuação das enfermeiras requer atualização constante, sistemática, visto que o conhecimento nessa área é muito dinâmico, com a introdução de novos tratamentos e procedimentos.

Aliado a isso, o paciente atualmente vem mais esclarecido sobre sua doença e tratamento, o que também requer maior embasamento científico das enfermeiras que o assistem, desde o momento em que estas traçam o planejamento da assistência na QT, na radioterapia, acompanhando-o no pré e pós-operatório, orientando-o na alta hospitalar ou cuidando no fim da vida.

A seguir a Tabela 9 com a variável capacitação para o planejamento da assistência na organização.

Tabela 9 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Capacitação para o Planejamento da Assistência na Organização – Salvador, Bahia – 2008

Treinamento em serviço	N.º	%
Sim	14	34,15
Não	27	65,85
Total	41	100,00

A tabela 9 mostra que 27 (65,85%) enfermeiras referiram não ter recebido treinamento sobre planejamento da assistência para desenvolver tal atividade, considerando o foco na SAE. Das que afirmaram ter recebido treinamento (34,15%), a maioria considerou como treinamento apenas as palestras que assistiram.

Andrade e Vieira (2005) realizaram um estudo com enfermeiros em um hospital universitário, onde buscaram uma associação entre a formação profissional e o conhecimento e aplicação do PE, investigando a utilização desta metodologia nas práticas acadêmicas. Os resultados demonstraram que 63% dos sujeitos referiram ter estudado somente a teoria do processo de enfermagem e, não o terem aplicado (ou aplicado superficialmente) na prática, enquanto 18,5% referiram não ter estudado ou não lembraram de ter sido abordado este assunto na sua formação acadêmica.

As autoras defendem, e compartilho com o pensamento delas, que cabe à escola formadora uma parcela considerável de compromisso quanto ao preparo dos profissionais de enfermagem numa abordagem científica, organizada, sistematizada.

Destacam que existem muitas barreiras neste percurso, que são: as realidades das organizações, onde muitas vezes não se utilizam metodologias assistenciais; despreparo dos docentes, onde, em sua maioria, durante sua formação não tiveram oportunidade de desenvolver habilidades para o PE. Isto requer uma capacitação do corpo docente e aprimoramento constante de temas concernentes à área.

A seguir a Tabela 10, que trata da sistematização da assistência de enfermagem na organização em estudo.

Tabela 10 – Perfil dos sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais segundo a variável Sistematização da Assistência de Enfermagem na Organização – Salvador, Bahia – 2008

Existe sistematização	N.º	%
Sim	29	70,73
Não	12	29,27
Total	41	100,00

Na tabela acima, 30 enfermeiras (73,17%) consideraram existir uma sistematização da assistência na organização, embora desse total 28 (93,33%) tenham ressaltado que esta sistematização seja parcial ou esteja em fase de implantação.

Koerich *et al* (2007) destacam em seu estudo que passados vários anos desde a apresentação da SAE como modelo de assistência e, apesar do grande número de teorias desenvolvidas e demais pesquisas acadêmicas abordando o tema, sua utilização não se universalizou, nem mesmo na totalidade dos hospitais e instituições ligadas diretamente às universidades. Isso levaria a alguns questionamentos: **O ensino formal valoriza o processo de ensinar e aprender os vários modelos de sistematização da assistência? Por que persiste o descompasso entre a produção de conhecimento e sua aplicação prática? Qual o significado da SAE para as (os) enfermeiras (os) inseridas (os) no mercado de trabalho? Quanto os empregadores/gestores dos serviços de saúde conhecem, valorizam e acham necessária a sua realização? A existência de um modelo padronizado de SAE para toda organização é garantia para o cuidado diferenciado?**

As respostas a tais questionamentos devem ser buscadas levando-se em consideração a realidade das organizações envolvidas e seus profissionais, mas certamente implica numa articulação de seus conhecimentos, saberes e atitudes que permitam a parceria e cooperação

na resolução dos problemas de saúde e possa resultar na assistência de qualidade que tanto se preconiza.

Não realizamos a caracterização dos dados sociodemográficos para apreensão do NC e das representações sociais em separado, por considerar que um grupo está inserido no outro.

5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER

O planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, objeto desta pesquisa, é entendido como um conjunto de ações realizadas pela enfermeira, que visa direcionar os cuidados, considerando as especificidades que permeiam cada paciente, ao tempo em que seleciona as estratégias para as ações de enfermagem.

Johnson; Maas e Moorhead (2004) defendem que os resultados observados no paciente, que são influenciados pelos cuidados de enfermagem, precisam ser identificados e medidos, visto que, sem isso, o impacto dessa assistência permanecerá sem mensuração e, conseqüentemente, invisível. Para tanto, esses cuidados precisam ser previstos, ou seja, planejados pela enfermeira, que, portanto, é coordenadora e responsável pelo planejamento da assistência.

Esse planejamento corresponde a uma atividade deliberada, racional, através da qual a prática da enfermeira e sua equipe é desenvolvida sistematicamente. Envolve assim, conhecimento, intencionalidade, sensibilidade, de forma que essas ações possam atender às demandas do paciente.

Há que se destacar que o planejamento se caracteriza como uma etapa intencional, que é mediada pela linguagem (verbal e não-verbal) e influenciada pelo tipo e qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais de enfermagem e os pacientes e familiares, num ambiente complexo que é o hospitalar.

Nesse sentido, segundo Moscovici (1978), é no decurso das comunicações, por meio da linguagem, que as representações sociais emergem dentro de um contexto social, e têm relação direta com os valores, crenças e atitudes que o grupo de profissionais elabora sobre determinados objetos e que podem interferir no cotidiano de trabalho.

Ao situar as enfermeiras dentro do contexto de uma organização oncológica, veio à tona o desafio de considerar todas as especificidades da clientela, nas diversas fases do seu

tratamento, e a necessidade de pensar num planejamento da assistência de forma sistemática, ampla, que englobasse tais especificidades, visando uma melhor qualidade da assistência.

Para melhor compreensão do tratamento dos dados coletados, foi inicialmente analisada a estrutura da representação social baseada na Teoria do Núcleo Central de Abric (1994), por considerar que “[...] a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significação à representação”. (ABRIC, 2000, p.31).

No sentido de restaurar o conteúdo das representações acerca da atividade de planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, que de modo intrínseco está relacionado a uma série de significados, reconstruímos os conteúdos a partir das palavras evocadas, que foram ordenadas conforme o lugar ocupado na estrutura da representação e categorizadas conforme sua relação e ligação com os diversos significados.

Nessa perspectiva, para apreender as RS das enfermeiras sobre o planejamento da assistência, começamos pela identificação da estrutura ou NC e do sistema periférico, considerados como essenciais à identificação do conteúdo e da organização interna de uma representação.

Isto posto, após o processamento dos dados do TALP pelo *software* EVOC, obtivemos uma ordem média de evocação das palavras em torno de 3 e a frequência média das palavras em torno de 7. Esta organização possibilitou a construção das linhas divisórias dos quatro quadrantes. A linha vertical refere-se à frequência média e a linha horizontal à ordem média de evocações (CAMARGO, 2000).

A frequência média salienta o aspecto coletivo das evocações, por apontar os termos recordados com mais frequência, enquanto a ordem média ressalta o aspecto individual, por levantar os termos evocados mais rápido, e expor a ordem estabelecida pelos sujeitos estudados (CARVALHO, 2005).

Os 41 participantes do TALP evocaram 202 palavras. Para tornar a análise mais refinada e consistente, e seguindo a orientação de Tura (1998), foram excluídas as palavras evocadas apenas uma vez. Após os ajustes, 9 palavras (4,46%) foram eliminadas, mantendo-se 193 palavras que corresponderam a 95,54% das evocações e constituíram o *corpus* com um total de 27 palavras diferentes, cuja síntese é demonstrada no Quadro 5, que se segue:

Resultado do Teste de Associação Livre de Palavras	N/%
Número de Sujeitos	41
Número total de palavras evocadas	202
Número de palavras diferentes evocadas	27
Frequência média de evocações	7
Ordem média das evocações	3,0
Número de sujeitos que indicaram a palavra mais importante	41
Número total de evocações analisadas	193

Quadro 5 - Síntese do Resultado do Teste de Associação Livre de Palavras - Salvador – Bahia, 2008

Dando seguimento, é ressaltado por Tura (1998) e Oliveira *et al* (2005) que a posição dos elementos nos quadrantes é definida pela frequência. Assim, os elementos que podem pertencer ao NC estão situados no primeiro quadrante (superior esquerdo), por terem maior frequência e pronta evocação, enquanto os elementos periféricos estão situados no quarto quadrante (inferior direito), com baixa frequência e menor ordem de evocação. Esses elementos são demonstrados no modelo de análise das evocações (Figura 1), que se segue:

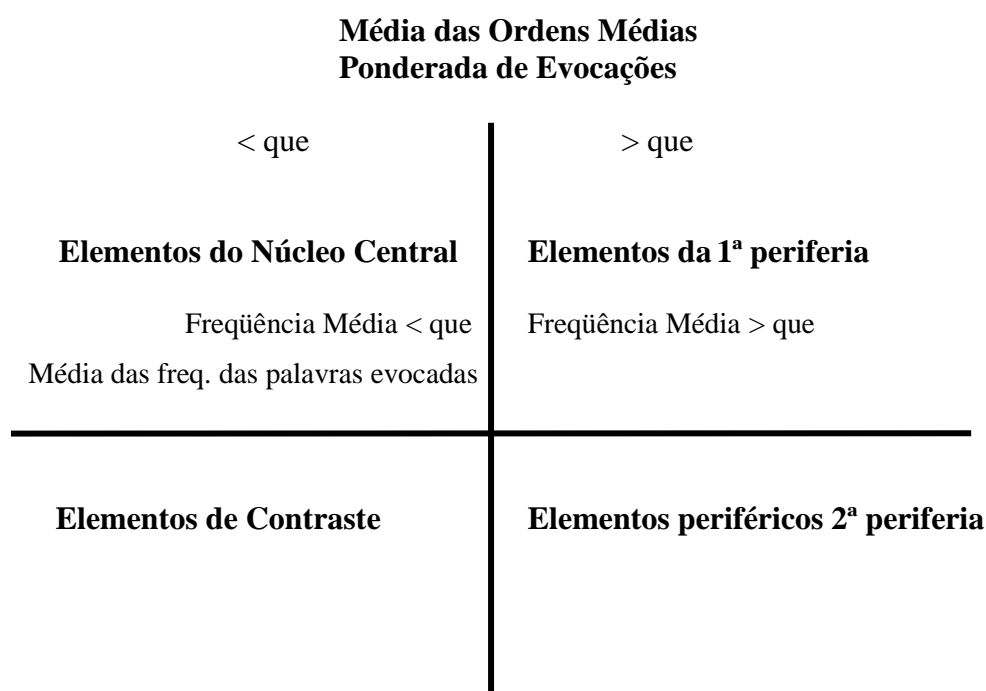


Figura 1 – Modelo de Análise das Evocações através do Quadro de Quatro Casas
(Baseado em OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 582)

Os elementos do segundo quadrante (superior direito) são considerados de primeira periferia e evidenciam elementos indiretos, por se tratar de cognições que, mesmo não fazendo parte do NC, estabelecem uma proximidade com este ou podem migrar para centralidade (SÁ, 2002; OLIVEIRA *et al*, 2005).

Devemos considerar que os elementos situados no terceiro quadrante (inferior esquerdo) são considerados intermediários e de contraste, não analisáveis pela Teoria do NC segundo Abric (2007) e Sá (2002) e sim pela TRS de Moscovici (1978).

Prosseguindo com a análise e discussão da estrutura ou núcleo figurativo das RS sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, fizemos algumas reflexões acerca da complexidade das demandas determinantes da atitude dessas profissionais frente a essa atividade.

Ao considerar o planejamento da assistência de enfermagem no contexto de complexidade da atuação profissional em oncologia, certamente as enfermeiras buscam articular a intersubjetividade de sua prática com a subjetividade do paciente e dos profissionais envolvidos nesse processo, pois é planejando o cuidado e assistindo o paciente com câncer, em todas as dimensões, que as ações integram os valores identificadores do planejamento da assistência pela enfermeira e sua execução pelos profissionais de enfermagem

Tentar acessar as RS é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar sentimentos, percepções e experiências de vida de um grupo social (SILVA, 2007). Os estudos de Cruz (2003); Gomes e Oliveira (2005), utilizando a TNC, fortalecem a diversidade heurística das RS e sua capacidade de explicar a realidade cotidiana de acordo com os grupos sociais.

Nessa perspectiva, a realidade do planejamento representado pelas enfermeiras pode ser reapropriada não somente por elas, mas pela equipe, a partir das transformações e reconstruções no sistema cognitivo do grupo, integrado a seus valores em conformidade com a história, contexto social e ideológico que as cercam (MOSCOVICI, 1978).

Diante do exposto, apresentamos a seguir o Quadro 6 com a visualização dos elementos que podem constituir o NC, processado pelo *software* EVOC de Vergès (2000) no quadro de quatro casas ou quadrantes, onde estão todos os vocábulos evocados no TALP.

	Ordem Média < 3	Ordem Média ≥ 3
	1º Quadrante	2º Quadrante
Freq ≥ 7	Cuidado 17 2,105 Humanização 24 2,708 Individualizar 7 2,857 Organização 10 1,700 Sofrimento 12 2,750	Assistência integral 9 3,222 Habilidade 7 3,571 Planejar 8 3,125 Prioridades 7 3,143 Programação 8 3,000 Respeito 8 3,375 Responsabilidade 12 3,417 Supervisão 9 3,444 Tratamento 8 3,375
	3º Quadrante	4º Quadrante
Freq < 7	Paciente 3 1,000 Plano de cuidados 4 2,750 Qualidade assistencial 5 1,800	Carinho 3 3,333 Conforto 6 3,333 Conhecimento da doença 6 4,000 Cuidar do familiar 4 3,000 Gratificação 3 4,000 Reavaliação 3 3,667 Resultados 3 4,333 Sensibilidade 3 3,000

Quadro 6 – Visualização do Núcleo Central – Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer: Frequência e Ordem Média de Palavras Evocadas. N. 41 - Salvador - Bahia, 2008

Podemos observar no quadro acima que os elementos *humanização, cuidado, sofrimento, organização e individualizar* encontram-se no quadrante superior esquerdo, foram evocados com maior prontidão e tiveram maior frequência na ordem de evocações, certamente indicando tratar-se de elementos constituintes do NC da representação social da enfermeira sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer e que são essenciais para determinar sua atitude profissional frente a essa atividade.

A complexidade evidenciada nessa assistência aliada aos aspectos psicoafetivos caracterizam a necessidade de interação e comunicação social no processo de cuidar. Os elementos elencados no NC podem estar definindo o que realmente está sendo representado, demonstrando a importância atribuída por essas profissionais ao verdadeiro significado do planejamento da assistência a esse tipo de paciente.

Isto é reforçado pelo que postula Moscovici (1978), ao afirmar que a representação social se caracteriza como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na

vida cotidiana destinadas à interpretação da realidade. É, pois, conhecimento do senso comum resultante da atividade humana produzida no interior de grupos sociais durante o processo de comunicação e interação, que reflete a situação dos indivíduos em relação aos objetos de seu cotidiano.

Identificar o NC e os elementos do sistema periférico acerca do planejamento da assistência de enfermagem, objeto desta pesquisa, pode manifestar a natureza interna das questões inerentes ao desenvolvimento da atividade de planejamento no contexto de uma organização oncológica, visto que a atuação das enfermeiras no cotidiano pode refletir a visão sobre as suas experiências e transformações nessa prática, que dão suporte e sustentam os elementos do NC, pois estão constituídos das palavras *carinho, conforto, conhecimento da doença, cuidar do familiar, gratificação, reavaliação, resultados e sensibilidade*, que são indispensáveis à manutenção da estabilidade e defesa do NC, que organiza e subsidia o sentido fundamental e inflexível da estrutura da representação social.

Para Sá (2002), o NC se refere às atitudes e comportamentos do que “deve se fazer” e neste estudo está representado pelas expressões *humanização, cuidado, individualizar e organização*, que parecem caracterizar o planejamento da assistência ao paciente com câncer. O sistema periférico, por sua vez, evidencia aqueles comportamentos que em tal condição “precisam ser feitos”, para alcançar o planejamento da assistência tal como elas o representam, e podem ser demonstrados pelas expressões *conhecimento da doença, cuidar do familiar, reavaliação e sensibilidade*.

Baseados nos diversos conceitos evocados sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer e buscando restaurar o conteúdo das RS que estão relacionados e ligados a uma rede de significados, foi realizada a reconstrução desse conteúdo a partir das palavras evocadas que foram colocadas em ordem segundo o lugar ocupado na estrutura da representação, e categorizadas conforme a relação estabelecida com os diversos significados, sendo também consideradas as palavras contidas no quadrante superior direito, entre outras.

Desse modo, foram identificadas duas categorias centrais:

- *A Primeira Categoria Central: Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer e a humanização* – definida pelas palavras *cuidado, responsabilidade, organização e individualizar*. Esta categoria é um dos núcleos principais da estrutura da RS sobre o planejamento da assistência de enfermagem e está ligada à idéia antecipada ou fixação na preocupação e na sensibilidade das informantes com o planejamento da assistência a esse

tipo de paciente, ou seja, se caracteriza como o verdadeiro significado da assistência a esse cliente.

Na concepção de Abric (1996), tal comportamento tem a possibilidade de estar ligado aos aspectos históricos e conhecimentos adquiridos pelo grupo, que fazem parte da memória coletiva do grupo de pertença. Pode, ainda, estar ligado ao sistema de normas e valores, e da natureza do grupo na vivência profissional, que corresponde à orientação desses para o desenvolvimento do planejamento da assistência, ao relacionar aspectos como a integralidade da assistência.

Essa categoria parece estar voltada para a instrumentalização do saber enquanto objeto de referência para a construção das relações sociais, interpretação e controle da realidade desse grupo. O elemento *responsabilidade*, no que diz respeito ao paciente oncológico, pode referir-se à vida das pessoas sob seus cuidados, à necessidade de realizar com segurança os procedimentos de alta complexidade, quase sempre inevitáveis.

Nessa perspectiva, a *responsabilidade* se aproxima da compreensão de Santa Rosa (1999), quando salienta que ela está vinculada ao conhecimento adquirido pelos profissionais ao longo de sua experiência de vida, na sua prática, ou mesmo pela forma como deve resgatar sua atuação profissional diante das transformações do mundo; portanto, a responsabilidade é vista como produto do processo de interação e comunicação social.

- **A Segunda Categoria Central: Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer e o sofrimento** – constituída pelas palavras *tratamento, planejar, prioridades e supervisão*.

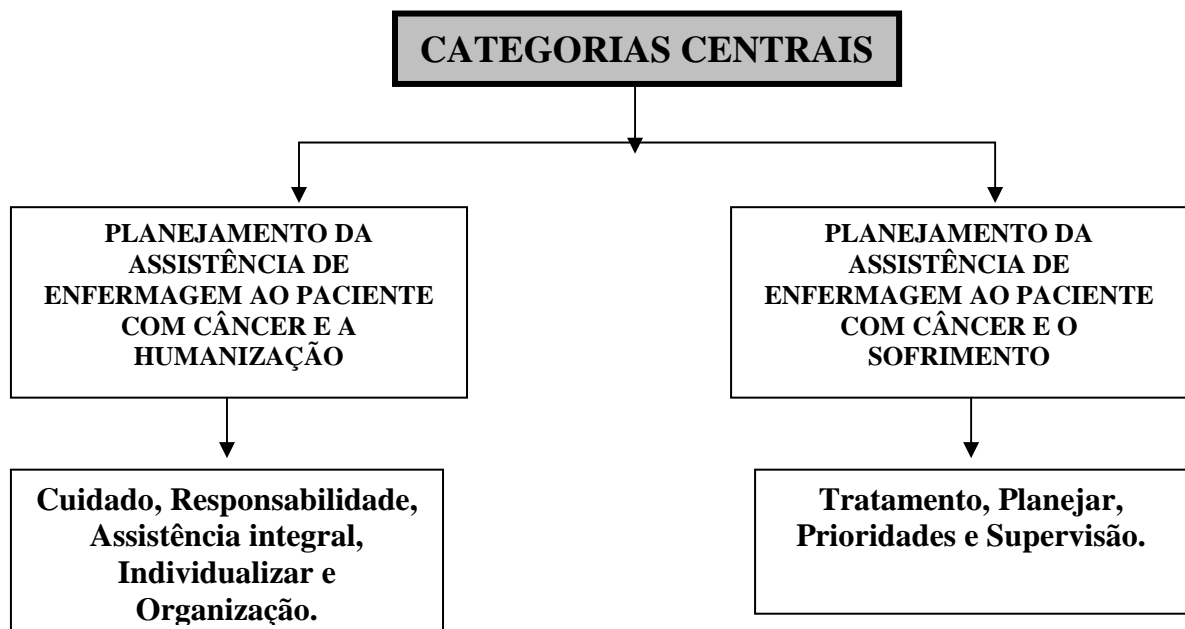
A palavra sofrimento foi desenvolvida entre os gregos com o termo *phérein*, que, posteriormente, passou a ser designado *sufferre*, em latim, significando tolerar, suportar, permitir e, somente no século XVI, entre os franceses assumiu a significação de uma dor. Do ponto de vista psicossocial o sofrimento se situa “no carrefour da subjetividade e da realidade exterior, do individual e do social” (BARUS-MICHEL, 2001 *apud* NÓBREGA; FONTES e PAULA, 2005).

Assim, o planejamento da assistência ao vincular-se ao *sofrimento*, pode estar relacionado ao paciente: devido à dor provocada pelo tratamento, pelas mutilações e deformidades que a doença pode gerar, na autoimagem comprometida, na baixa autoestima, na ausência da família; ou aos profissionais, pela necessidade de cumprir determinações que sabidamente irão promover mais desconforto nesse paciente; por acompanhar a dor e a angústia desses doentes e familiares.

O sofrimento pode advir do fato da clientela chegar à organização em estágio avançado da doença e muitas vezes com indicação de cuidados paliativos, o que pode provocar nos profissionais uma sensação de impotência e inutilidade, já que não há perspectiva de cura para esses pacientes.

Além disso, como bem retrata Pitta (1990), o sofrimento parece inerente às pessoas que trabalham com doentes e com a doença. Este real que se descortina em nosso cotidiano como uma carga angustiante, nos remete à nossa própria morte e desorganização. E, nossa fragilidade diante da dor e da finitude nos aproxima daquele que sofre, levando-nos a partilhar deste sofrimento.

A síntese dessas categorias podem ser vistas no Esquema 2, a seguir.



ESQUEMA 2 – Categorias centrais das representações sociais das enfermeiras acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer – Salvador, Bahia, 2008

O câncer, ainda hoje, é uma doença extremamente temida, sempre agregando a idéia de risco eminente de morte, o temor de tratamentos agressivos e mutilantes. O estigma do câncer se reforça, continuamente, devido ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as possibilidades de tratamento e de cura da doença (CARVALHO, 2008).

A autora destaca ainda que vivenciar o processo da doença pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para o enfermo e seus familiares.

Ressalta-se que a concepção do planejamento da assistência para os sujeitos deste estudo está atrelada a elementos que traduzem valores afetivos e atitudinais, bem como a representações que remetem à integralidade da assistência e à organização desta, centrada nas necessidades do paciente com câncer, que traz consigo uma diversidade de demandas especiais, como pode ser visto na Figura 2.

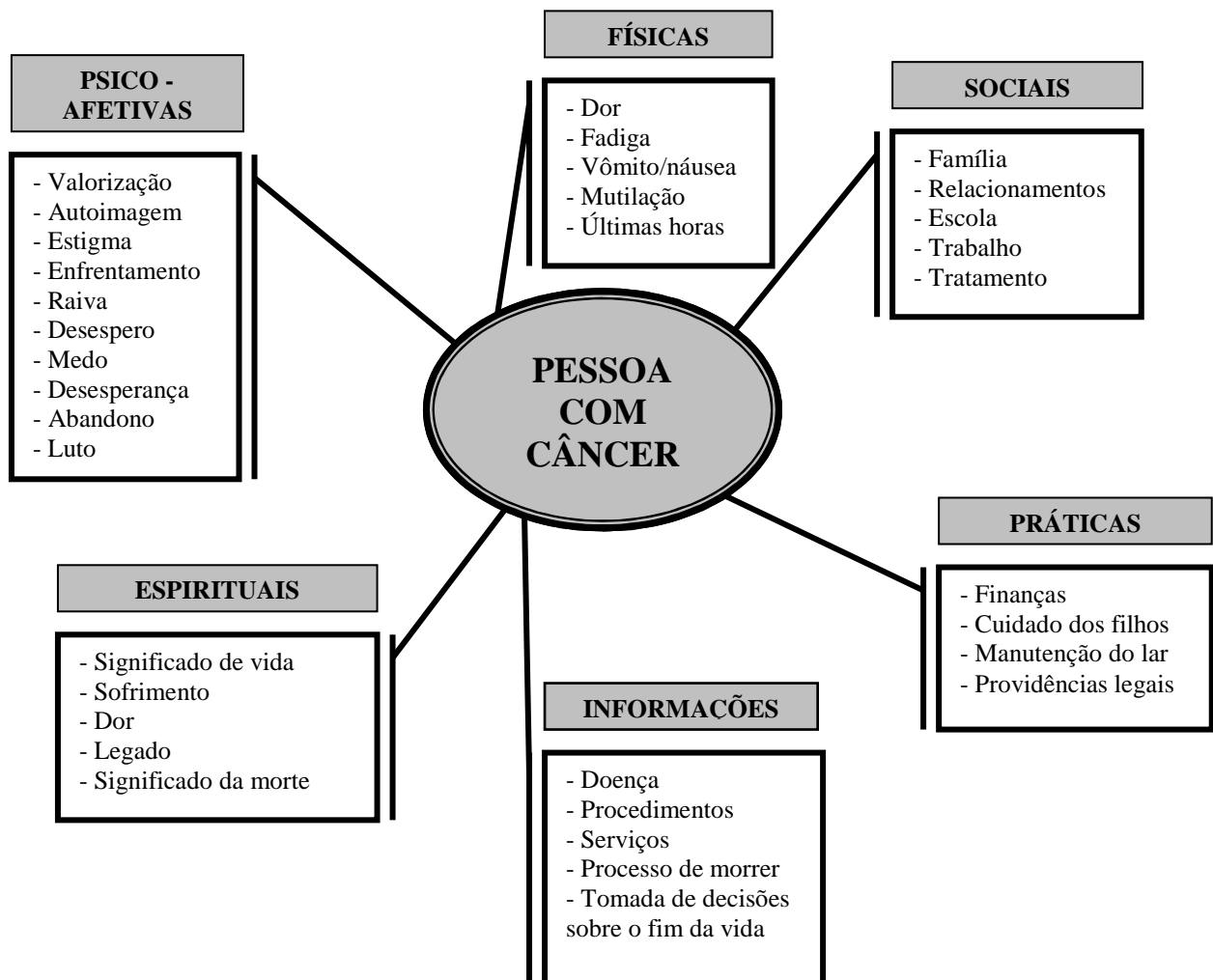


Figura 2 – Necessidades do paciente com câncer, adaptado de Fitch (2006), pela autora.

Buscar atender todas essas necessidades só pode ocorrer mediante uma diversidade de ações que têm que ser previstas e implementadas no planejamento da assistência de

enfermagem, de modo que o monitoramento dessas intervenções possa comprovar se estão sendo úteis ou não, ou se requerem novas intervenções. Daí a importância de compreender o impacto que uma doença como o câncer tem sobre a vida do indivíduo, de forma a articular nossas ações e os recursos de que dispomos para atendê-lo, dando um caráter mais humanístico ao atendimento.

Para Mezzomo (2002) humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde.

Nas teorias da enfermagem, encontramos respaldo sobre as questões de humanização. Segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas: a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, pois o ser humano tem necessidades humanas básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar. O conhecimento do ser humano acerca do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, demandando, por isto, o auxílio de profissional habilitado. A enfermagem assiste o cliente valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos, biológicos e psicossociais. Essas necessidades são universais e comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la (HORTA, 1979).

Para tanto, a enfermeira em oncologia, ao utilizar uma linguagem que seja acessível aos pacientes e familiares, favorece a interação social e pode contribuir para uma maior compreensão e colaboração no tratamento, aliando o acolhimento à tecnologia, e, desse modo, subsidiar uma melhor intervenção da equipe de enfermagem que atenda a essas demandas singulares. A comunicação, conforme destacam Jodelet (2002) e Moscovici (2003), é um instrumento importante na construção das RS, mediante o processo de interação que promove no grupo social.

No cotidiano da assistência aos pacientes com câncer e seus familiares, verifica-se que essa é uma experiência muito complexa e sofrida, que não se explica apenas na doença em si. Significa, muitas vezes, mudanças radicais na vida das pessoas, alterando, em algum nível, seus papéis familiares e sociais. As demandas colocadas às famílias se ampliam, uma vez que aumenta a dependência e a necessidade de cuidados dos pacientes (CARVALHO, 2008).

A autora ressalta que o impacto da doença para o paciente e seus familiares envolve as condições emocionais, socioeconômicas e culturais destes, visto que é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sociofamiliar que vão responder à situação de doença.

Sem dúvida, os diversos tratamentos para o câncer são imprescindíveis e potencializam o prolongamento da vida dos pacientes; no entanto, são responsáveis por transformações no

corpo, pelas mudanças na sua imagem corporal e autoestima, resultando em sentimentos conflituosos e ambivalentes, expressos ora pela dor, sofrimento, medo, frustração, angústia, desespero, ora pela esperança e otimismo, que são propiciadores de crescimento e ampliação da existência.

Apoiados nos argumentos de Molina; Gonzaga e Oliveira (2004), podemos dizer que o planejamento da assistência é um instrumento que norteia os profissionais cuidadores, compreendendo que a atitude da enfermeira vai além do planejamento e execução de técnicas. Implica em perceber o outro com suas fragilidades e suas necessidades, tanto fisiológicas como emocionais, para que esse planejamento possa prever e promover conforto e segurança para que o indivíduo atravesse os momentos difíceis, e alcance uma assistência humanizada.

Costerano (2001 *apud* Molina; Gonzaga e Oliveira, 2004), por sua vez, defende que mais que um serviço em saúde, a enfermeira coloca em evidência, a especificidade, a multidimensionalidade e a complexidade do fazer humano, pois, ao lidar com o paciente tem consciência de que a pessoa não vive somente da racionalidade e da técnica de um profissional. Ao *planejar* a assistência ela deve prever, ao mesmo tempo, uma unidade/dualidade entre a racionalidade e a afetividade, objetividade/subjetividade, energia/ternura, imaginário/real, além de assegurar que as necessidades de cuidados do paciente com câncer devem ser satisfeitas de maneira eficiente e eficaz.

Coadunando com esse pensamento, Garrido (2000) apontou em seu estudo, que o ponto-chave nas falas dos enfermeiros, por meio de suas expressões, foi a preocupação com um fazer bem feito, alcançando assim, a melhoria do processo de cuidar, ou seja, a eficiência na execução do planejamento.

Assim, para os sujeitos da presente pesquisa, o planejamento da assistência de enfermagem, que contemple a organização da assistência, a necessidade individualizada, a assistência integral, o conforto, e, conseqüentemente, uma assistência de qualidade, pode refletir o que essas profissionais consideram como planejamento para um cuidar humanizado.

As evocações demonstram a seriedade e a importância atribuída pelas enfermeiras aos elementos destacados como relevantes para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, não só denotando o reconhecimento dessa atividade como fator que pode contribuir com a qualidade da assistência, como evidenciando as funções da RS relacionadas por Moscovici (1978) quanto à sua equivalência a sistemas de valores, idéias e práticas, e que pode expressar uma necessidade percebida pelas enfermeiras de que o planejamento sendo humanizado requer habilidades, conhecimento e técnicas especializadas.

Nesse sentido, para alcançar esse cuidado humanizado, o planejamento da assistência precisa ser coerente com a prescrição de cuidados, ter embasamento científico, ser individualizado, proporcionar um ambiente seguro e terapêutico, promover oportunidades de aprendizagem para o indivíduo e ser condizente com os recursos disponíveis na unidade de forma a viabilizar a assistência.

O cuidado humanizado deve contemplar também o cuidador, que precisa ser capaz de conhecer seus sentimentos, emoções, capacidades e limitações, de modo a poder cuidar do outro, superando a mecanicidade do cuidado. Pois, como destaca Menezes (2006), embora seja consenso que cuidar constitua a prática por excelência dos profissionais de enfermagem, permitindo firmar sua identidade profissional, percebe-se, cada vez mais, a importância do “saber ser” em enfermagem, além do “saber fazer”.

A enfermeira ao organizar essa assistência, deve fazê-lo fundamentada nos diagnósticos que ela estabelece, a fim de buscar respostas reais ou potenciais às intervenções de enfermagem, sempre visando uma assistência integral que promova o conforto desse paciente, e, para tanto, requer uma supervisão constante, pois muitas atividades serão realizadas pelos demais profissionais de sua equipe.

Na visão do paciente, esse conforto corresponde à sensação de apoio, ajuda, confiança, simpatia e pela perspectiva de recuperação da saúde, associado ao bem estar físico e mental e à diminuição do sofrimento (RADÜNZ, 1999). Ainda, segundo Neves; Siebert e Radünz (1984 *apud* Menezes, 2006),

O paciente com câncer necessita de ouvintes empáticos, que compreendam suas flutuações de humor, que ajudem a mobilizar seus mecanismos de enfrentamento, seus recursos individuais e familiares, no sentido de atingir o potencial máximo para viver com dignidade o dia a dia (p.12).

Seguindo essa linha de raciocínio, Waldow (1999) pontua que o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independente da cura, trazendo como prioridade aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade da pessoa e facilitar meios de manejar com as crises e experiências do viver e do morrer. Desse modo, ao atuar em oncologia, a enfermeira não pode perder de vista o foco do planejamento da assistência que é atender, através das intervenções de enfermagem, às demandas desse paciente, independente da fase em que este se encontre.

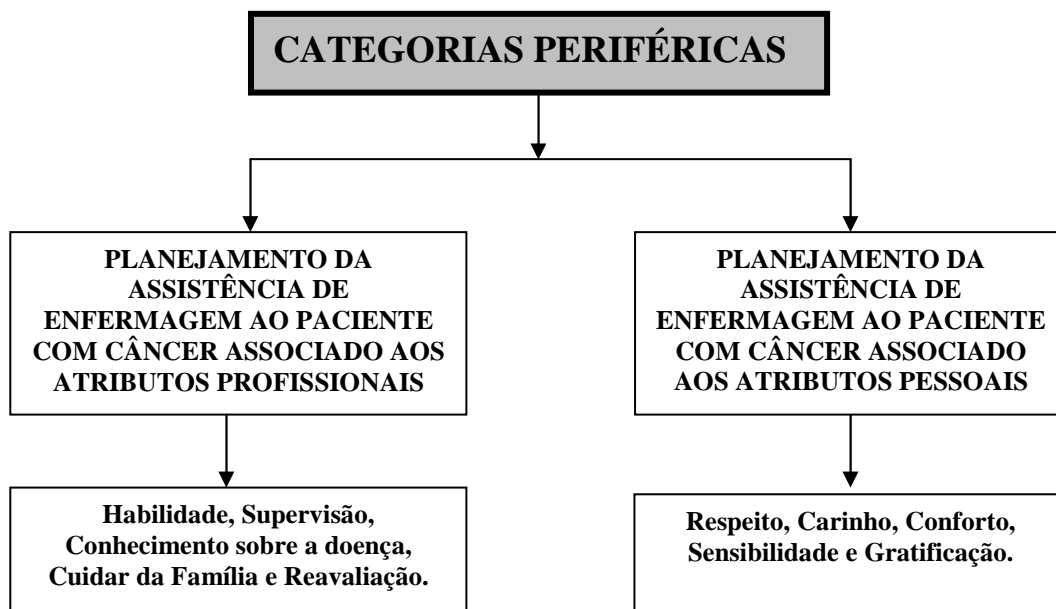
Assim como os conteúdos centrais, os conteúdos periféricos revelaram duas categorias neste estudo. De acordo com Abric (2000), os elementos do sistema periférico são organizados em torno do NC e possibilitam a interface entre a realidade e o sistema central, e

dão suporte e asseguram a estabilidade ao NC quando o momento exigir. Assim, constituem-se nos componentes mais acessíveis e mais concretos à função do núcleo central.

Os elementos do sistema periférico estão representados por atributos pessoais e profissionais necessários ao planejamento da assistência, expressos pelas palavras *habilidade, supervisão, conhecimento sobre a doença, cuidar do familiar, reavaliação, respeito, carinho, conforto, gratificação e sensibilidade*. Esta posição indica que foram pouco evocados e aparecem nas últimas posições na ordem de evocações, ou seja, ordem média elevada e referem-se ao pensamento elaborado das informantes.

Esses elementos revelaram duas categorias periféricas: *Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer associado aos atributos profissionais*, representados pelas expressões habilidade, supervisão, conhecimento sobre a doença, cuidar do familiar, reavaliação e *Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer associado aos atributos pessoais* representados pelos elementos: respeito, carinho, conforto, gratificação e sensibilidade.

Os componentes das categorias periféricas estão destacados no Esquema 3, a seguir:



ESQUEMA 3 – Categorias periféricas das representações sociais das enfermeiras acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer – Salvador, Bahia, 2008

A primeira categoria periférica - Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer associado aos atributos profissionais é representada por conteúdos que evidenciam as qualidades que são essenciais para que as enfermeiras planejem a assistência de enfermagem, pois permitem viabilizar o atendimento das prioridades desse paciente, onde a família é considerada também como unidade de cuidado, mas onde não se pode perder de vista a efetividade dessa assistência, o que requer a reavaliação constante acerca dos resultados das intervenções de enfermagem.

A preocupação em *cuidar da família* se justifica pelo caráter crônico e de gravidade do câncer e o impacto que ele gera nesse contexto. A existência de uma doença grave implica em sentimentos positivos e negativos que precisam ser compreendidos pelos profissionais de enfermagem, já que o paciente depende muito desse vínculo familiar.

É nesse contexto que a enfermeira pode promover a integralidade da assistência, concretizando o que é estabelecido por sua competência e buscar maior autonomia na sua atuação, embasada em conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades. Daí porque Flament (2001) afirma que os elementos do sistema periférico são, de certa forma, básicos e se organizam em estruturas complexas que atravessam a representação inteira.

Pensar em um planejamento da assistência humanizado implica em *conhecimento* para um posicionamento profissional, na adoção de atitudes de respeito ao paciente e sua família, mas também exige uma estrutura organizacional que dê condições de trabalho ao profissional para efetivar essa assistência e que o valorize como pessoa. Tal atitude é vista pelo paciente e/ou familiares, que observam a forma como a assistência é prestada.

A segunda categoria periférica - Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer associado aos atributos pessoais é representada por elementos que demonstram que não basta somente conhecimento técnico para exercer essa atividade junto ao paciente oncológico, é necessário agregar-se valores humanísticos. Daí porque surgiram os elementos: respeito, carinho, conforto, sensibilidade e gratificação.

Como bem destacam Garcia e Nóbrega (2000), uma metodologia de trabalho executada por pessoas e direcionada para pessoas, requer ser compreendida como um meio auxiliar, que não substitui o conhecimento pessoal, a experiência, habilidade no relacionamento interpessoal, destreza no desempenho, comportamento ético e sensibilidade, implícitos em seu desenvolvimento.

Nessa perspectiva, tais atributos se constituem em qualidades essenciais para a enfermeira atuar em oncologia e planejar a assistência dos pacientes sob sua responsabilidade, retratando seus valores e crenças no desenvolvimento de sua prática.

A demonstração de sentimentos, emoções, fragilidades nem sempre são vistos como uma ação profissional, sendo exigido, muitas vezes, que os profissionais sejam firmes em suas atitudes, não se envolvendo demais nas relações com o paciente, inclusive como uma forma de distanciamento, para não sofrer. Mas esse profissional precisa compreender que o cuidado de si e do outro passa pela sensibilidade, pelos afetos, pelos seus sentimentos e os daqueles com os quais se relaciona.

Assim, fica claro, principalmente no que diz respeito aos elementos relacionados aos atributos pessoais, o quanto eles fazem relação com o NC, evidenciando que para haver planejamento voltado para um cuidado especializado é preciso levar-se em consideração os aspectos não só daqueles que são o foco do planejamento, mas também daqueles que cuidam.

Ao planejar a assistência de enfermagem em oncologia as enfermeiras enfrentam situações diversas que requerem discernimento na priorização de suas intervenções, pois, como destacam Almeida e Rocha (1997), suas ações são permeadas pelas relações com a equipe de enfermagem e os demais profissionais, paciente e família

Diante do exposto, a análise das evocações livres de palavras conduziu à caracterização dos elementos constituintes da estrutura da RS das enfermeiras acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer.

Essas evidências nos levam a afirmar que a RS acerca do planejamento da assistência ao paciente com câncer tem como estrutura central a humanização, cuidado, responsabilidade, assistência integral, individualizar, organização, sofrimento, tratamento, planejar, prioridades e supervisão, e que seus significados revelam conteúdos consensuais do grupo de enfermeiras. Tais conteúdos podem determinar a condução e orientação do trabalho cotidiano dessas profissionais, ainda que o planejamento da assistência aconteça de forma assistemática muitas vezes.

Constituindo o sistema periférico foram evocadas as expressões habilidade, supervisão, conhecimento sobre a doença, cuidar do familiar, respeito, carinho, conforto, gratificação e sensibilidade, cujos significados indicam atributos pessoais e profissionais a serem adotados em forma de atitudes no planejamento da assistência.

Os componentes do NC apontam para a necessidade de reflexões acerca da questão do sofrimento referido pelas enfermeiras, em todas as suas dimensões, no que diz respeito ao paciente e ao profissional, diante da complexidade que envolve a assistência a esse tipo de paciente, seja em relação à terapêutica, seja em relação às questões psicossociais. Muitos desses aspectos são pouco discutidos com os profissionais de enfermagem, em nível de formação ou em nível profissional.

5.3 IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER

A apreensão da representação social das enfermeiras acerca do planejamento da assistência ao paciente com câncer no contexto de uma organização hospitalar foi efetuada a partir de um conjunto de instrumentos, que, por suas características, possibilitaram uma investigação coerente com os aspectos teóricos e metodológicos necessários a estudos desta natureza.

A análise quantitativa foi realizada a partir da atribuição da unidade de enumeração às unidades de análise, conforme o previsto na metodologia, a partir das entrevistas, onde esses dados foram descritos e analisados de forma geral, com base na frequência absoluta e relativa das unidades de análise correspondentes a cada categoria e respectivas subcategorias, de modo a dar uma visão abrangente da importância das RS na concepção das entrevistadas.

Dando seguimento à análise, é apresentado e discutido o Quadro 7, referente à representatividade das 1000 unidades de análise temáticas, que, após desdobramentos e codificação pela similaridade, foram agrupadas em cinco categorias e dezesseis subcategorias, assim delimitadas: concepção do planejamento da assistência (CPA), requisitos necessários ao planejamento (RNP), atributos necessários ao planejamento (ANP), fatores intervenientes ao planejamento (FIP) e aspectos psicossociais do planejamento (APP).

Observa-se no Quadro 7 que a categoria Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência (ANP) teve maior destaque na visão das enfermeiras, com 34,10%, do total de unidades temáticas de análise. Esta reúne o conjunto de elementos que dizem respeito ao conjunto de qualidades, pessoais e profissionais, que viabilizam o planejamento da assistência de enfermagem, caracterizando o sentimento do “dever ser”. A subcategoria conhecimento sobre o paciente foi a mais salientada, com 17% das unidades de análise, seguida do conhecimento sobre a doença com 5,6%.

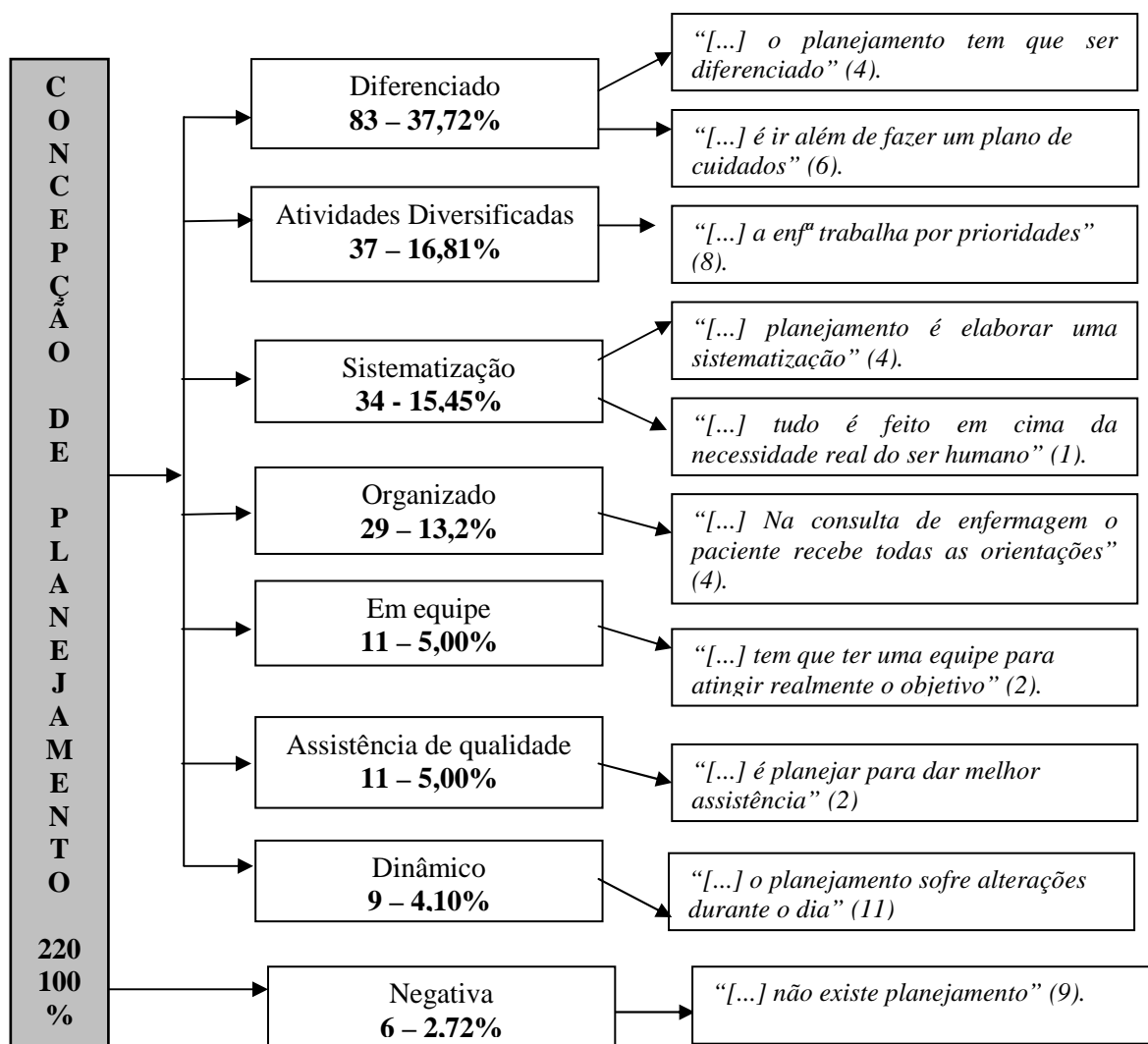
A categoria Fatores Intervenientes no Planejamento da assistência (FIP), com 22,7% do total analisado, foi a segunda mais relevante para os sujeitos, destacando-se os fatores limitantes do planejamento (FIPlim), com 19,20% das unidades de análise.

Por conseguinte, a categoria Concepção do Planejamento da Assistência (CPA) aparece com 22% das unidades de análise, sendo que a subcategoria destacada foi planejamento diferenciado (CPAdif) que apareceu com 8,3%.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓD.	UNIDADES DE ANÁLISES								
			SUBTOTAL		TOTAL						
			F	%	F	%					
I - CONCEPÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (CPA)	- DIFERENCIADO	CPAdif	83	8,30	220	22,00					
	- ATIVIDADES DIVERSIFICADAS	CPAati	37	3,70							
	- SISTEMATIZAÇÃO	CPAsae	34	3,40							
	- Geral	CPAger					10	1,00			
	- Histórico de Enfermagem	CPAhis					03	0,30			
	- Diagnóstico de Enfermagem	CPAdie					06	0,60			
	- Plano de Cuidados	CPAplc					08	0,80			
	- Implementação	CPAimp					02	0,20			
	- Evolução de Enfermagem	CPAevo					01	0,10			
	- Avaliação	CPAava					04	0,40			
	- ORGANIZADO	CPAorg	29	2,90							
	- EM EQUIPE	CPAteq	11	1,10							
	- ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE	CPAasq	11	1,10							
	- DINÂMICO	CPAdin	09	0,90							
- NEGATIVA	CPAneg	06	0,60								
II - REQUISITOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO (RNP)	- Condições Organizacionais	RNPorg			42	4,20					
	- Valorização do planejamento	RNPvpl			33	3,30					
	- Valorização da capacitação	RNPvcp			22	2,20					
	- Valorização do profissional	RNPvpr			17	1,70					
	- Valorização do paciente	RNPvpa			12	1,20					
	- Valorização da SAE	RNPvsa			05	0,50					
					131	13,10					
III – ATRIBUTOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO (ANP)	- PROFISSIONAIS	ANPpro	325	32,50	341	34,10					
	- Conhecimento sobre o paciente	ANPcpa					170	17,00			
	- Conhecimento sobre a doença	ANPcdo					56	5,60			
	- Conhecimento	ANPcon					50	5,00			
	- Experiência	ANPexp					20	2,00			
	- Responsabilidade	ANPres					17	1,70			
	- Supervisão	ANPsup					12	1,20			
	- PESSOAIS	ANPpes					16	1,60			
	IV - FATORES INTERVENIENTES NO PLANEJAMENTO (FIP)	- FACILITADORES					FIPfac	35	3,50	227	22,70
		- LIMITANTES					FIPlim	192	19,20		
V - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PLANEJAMENTO (APP)	- SENTIMENTOS	APPstt	40	4,00	081	8,10					
	- Positivos	APPsep					16	1,60			
	- Negativos	APPsen					24	2,40			
	- SATISFAÇÃO	APPsat					12	1,20			
	- EXPECTATIVA	APPexp					29	2,90			
TOTAL					1000	100,0					

Quadro 7 – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer, segundo os sujeitos entrevistados – Salvador – BA, 2008

De modo a facilitar a visualização, explicitamos nos esquemas numerados de 4 a 8, relativos à distribuição do número de unidades de análise de cada categoria, com respectivas subcategorias, no sentido de apresentar a importância das subcategorias, exemplificadas com depoimentos relativos à cada uma, seguido dos aspectos qualitativos relativos à construção do conhecimento do senso comum, por meio dos discursos obtidos nas entrevistas.



Esquema 4 – Concepção do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer segundo os sujeitos entrevistados – Salvador, Bahia, 2008

No esquema 4 observamos a distribuição exemplificadas unidades de análise das subcategorias da Categoria Concepção de Planejamento da Assistência (CPA), com um total de 220 unidades de análise. Observamos que as entrevistadas referiram maior importância à subcategoria planejamento da assistência diferenciado (CPAdif), com 37,72% das unidades de análise temática, seguida do planejamento com envolvimento de atividades diversificadas

(CPAati) com 16,81%, planejamento com sistematização (CPAsae) com 15,45%, planejamento organizado (CPAorg) com 13,20%, planejamento envolvendo trabalho em equipe (CPAteq) e assistência de qualidade (CPAasq) com 5%, planejamento dinâmico (CPAdin) e visão negativa (CPAneg), com 4,10% e 2,72%, respectivamente.

A relevância da subcategoria planejamento diferenciado (CPAdif) diz respeito à necessidade de realizar-se um planejamento específico para o paciente com câncer, considerando que são clientes que requerem um atendimento individualizado, com maior envolvimento profissional e pessoal, exigindo maior conhecimento para lidar com as especificidades do seu tratamento. Essa situação possibilita à enfermeira a preocupação quanto à forma como ele vai ser assistido do início ao final do tratamento, independente do desfecho que venha a ter.

A outra subcategoria bem pontuada refere-se ao planejamento cercado de atividades diversificadas (CPAati) desempenhadas pelas enfermeiras, cuja caracterização indica a necessidade de priorizá-las e sistematizar as ações de modo a organizar essa assistência, daí porque a subcategoria sistematização (CPAsae) vem em seguida na distribuição dessas unidades de análise.

A sistematização da assistência faz com que a enfermeira tenha que manter-se organizada, desenvolvendo o trabalho em equipe, de modo a oferecer uma assistência de qualidade e dinâmica, na qual, segundo Silva e Fontes (2000), deve ampliar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício dos pacientes, coletividade e crescimento profissional, além de promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento da sua equipe.

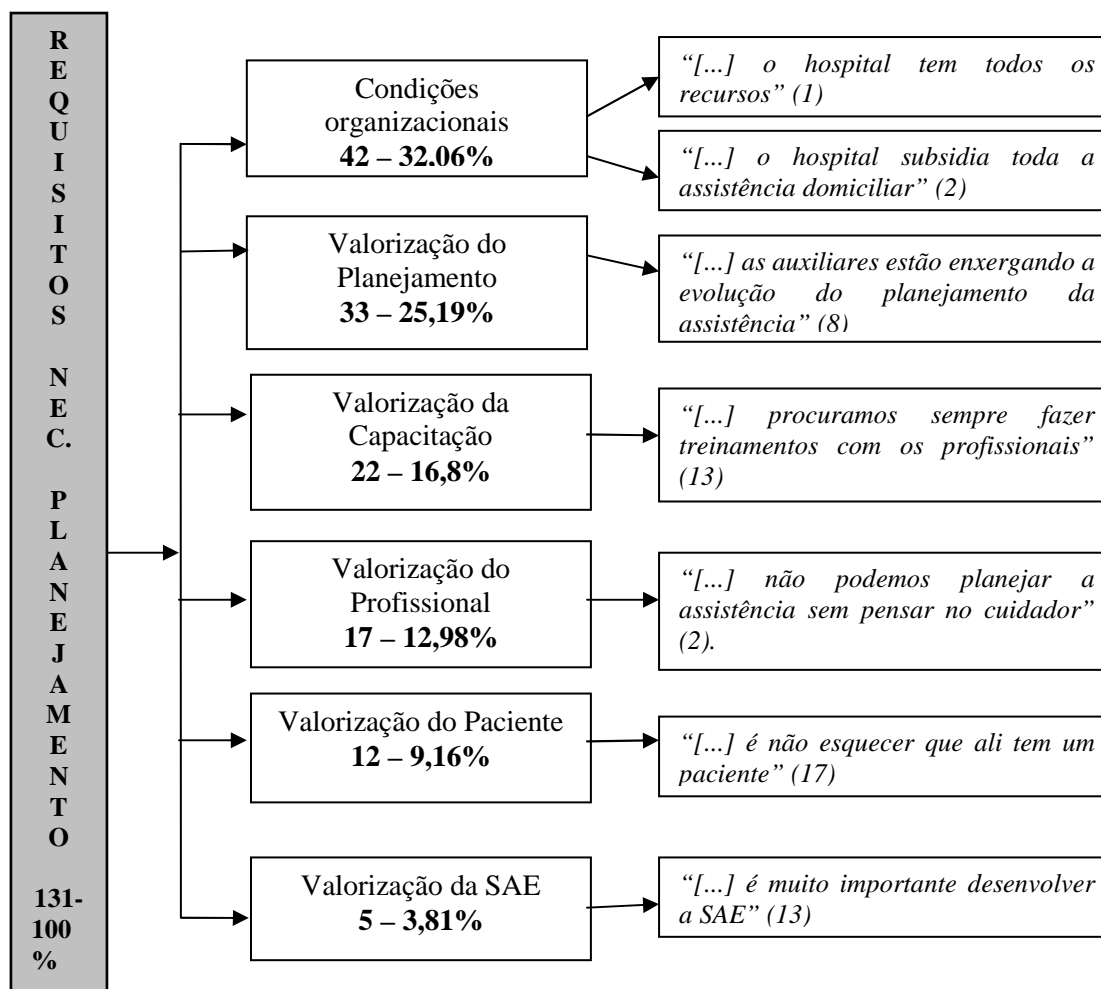
Embora algumas depoentes verbalizem em suas falas sobre a importância da SAE, ao analisarmos o perfil sociodemográfico no que se refere à questão da atualização científica na área, esta não aparece como uma tônica no grupo de enfermeiras entrevistadas.

Contudo, apesar de ter aparecido num percentual relativamente baixo, existe uma percepção negativa em relação à forma como o planejamento ocorre hoje, ainda insatisfatório ou inexistente, na opinião de algumas delas. Isso diz respeito também à implantação parcial da SAE na organização, estando restrita à UTI e à oncologia pediátrica.

Nesse sentido, Teixidor (2002 *apud* Delgado, 2008) menciona que os planos de cuidados devem ser ferramentas para guiar as ações, mas requerem uma atitude reflexiva para detectar as zonas indeterminadas da prática e garantir valores intuitivos e qualidades nas intervenções profissionais. Requer, portanto, preparo de profissionais capazes de personalizar os cuidados, além do uso de padrões estabelecidos. Ou seja, para alcançar um planejamento que atenda às demandas específicas desse tipo de paciente, é necessário observar-se as

condições em que essa prática se desenvolve, envolvendo valores atitudinais, afetivos e operacionais.

A seguir apresentamos o esquema 5 com a categoria Requisitos Necessários ao Planejamento (RNP) e a distribuição, também exemplificada, das subcategorias.



Esquema 5 – Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência segundo os sujeitos entrevistados – Salvador, Bahia, 2008

No esquema 5, referente às 131 unidades de análise das subcategorias da Categoria Requisitos Necessários ao Planejamento (RNP), verificamos na concepção das informantes, que a maior relevância foi dada às unidades da subcategoria condições organizacionais (RNPorg) com 32,06% das unidades. Nela foram destacados aspectos referentes às características da organização e aos aspectos de valorização que evidenciam como importantes para viabilizar um planejamento que seja coerente com o tipo de assistência que consideram como diferenciada.

Embora as informantes considerem que a organização cumpra seu papel social ao atender grande demanda de pacientes, indistintamente, oferecendo tratamento, serviços e programas que busquem melhorar a qualidade de vida destes, também foram destacados aspectos que dizem respeito às condições oferecidas por essa organização, a exemplo da permanência de acompanhantes 24h e ao quantitativo de profissionais de enfermagem, que dificultam o cotidiano das enfermeiras e podem comprometer a qualidade da assistência.

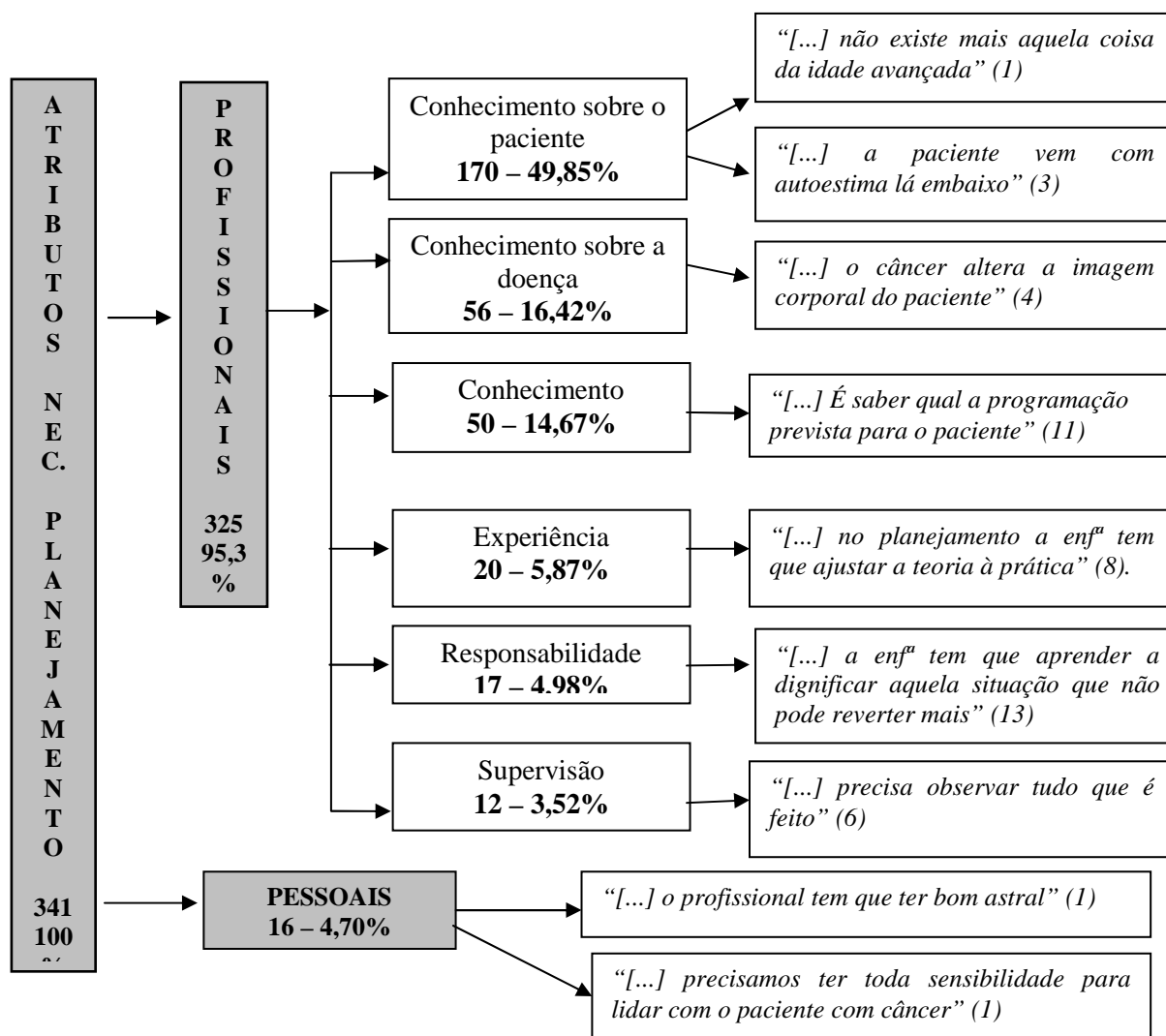
A organização hospitalar, segundo Capella (1998), não é uma entidade autônoma, ela reflete a sociedade, depende dos sujeitos que nela trabalham e dos sujeitos que a utilizam. Nessa perspectiva, esse ambiente se constitui como merecedor de uma atenção cuidadosa da enfermeira oncológica no seu planejamento assistencial, visto que ele deve assegurar segurança e bem estar ao paciente e família.

Por outro lado, ainda citando a autora, esta ressalta que “[...] existe quase um consenso de que a enfermagem tem pelo menos dois objetos de trabalho, que são os corpos dos indivíduos com suas consciências e a organização da assistência” (1998, p.113), sendo que de um modo geral, a enfermeira se ocupa da organização e do planejamento da assistência, e os demais profissionais de sua equipe com a execução deste trabalho. Esse entendimento está em transformação: exige-se atualização permanente em ambos os lados dessa atuação.

Capella (1998) afirma que as atividades desenvolvidas na organização hospitalar destinam-se ao sujeito doente, e este expõe suas fragilidades aos profissionais de enfermagem, que para facilitar este processo precisam aliar à competência técnica a perspectiva humanística. Estes profissionais se caracterizam enquanto sujeitos de possibilidades e limites, no seu processo de vida e no exercício profissional. Ou seja, o ambiente hospitalar não se restringe a um espaço apenas de cuidado técnico, mas de interação social, sendo permeado por valores, crenças e saberes, daqueles que cuidam e daqueles que são cuidados.

Em seguida apresentamos o esquema 6, onde encontramos a distribuição das 341 unidades de análise das subcategorias da Categoria Atributos Necessários ao Planejamento (ANP). Nela observamos que maior ênfase foi dada pelos sujeitos aos atributos profissionais (ANPpro) com 95,30% das unidades de análise, enquanto os atributos pessoais (ANPpes) responderam apenas com 4,70%.

Baseados em Pieron (1966) e Ferreira (1999) *apud* Cruz (2003), neste estudo atributo foi entendido como sendo o grupo de qualidades positivas ou negativas que caracterizam e identificam um sujeito ou membro de um determinado grupo, e que podem ou não satisfazer uma determinada situação desejada.



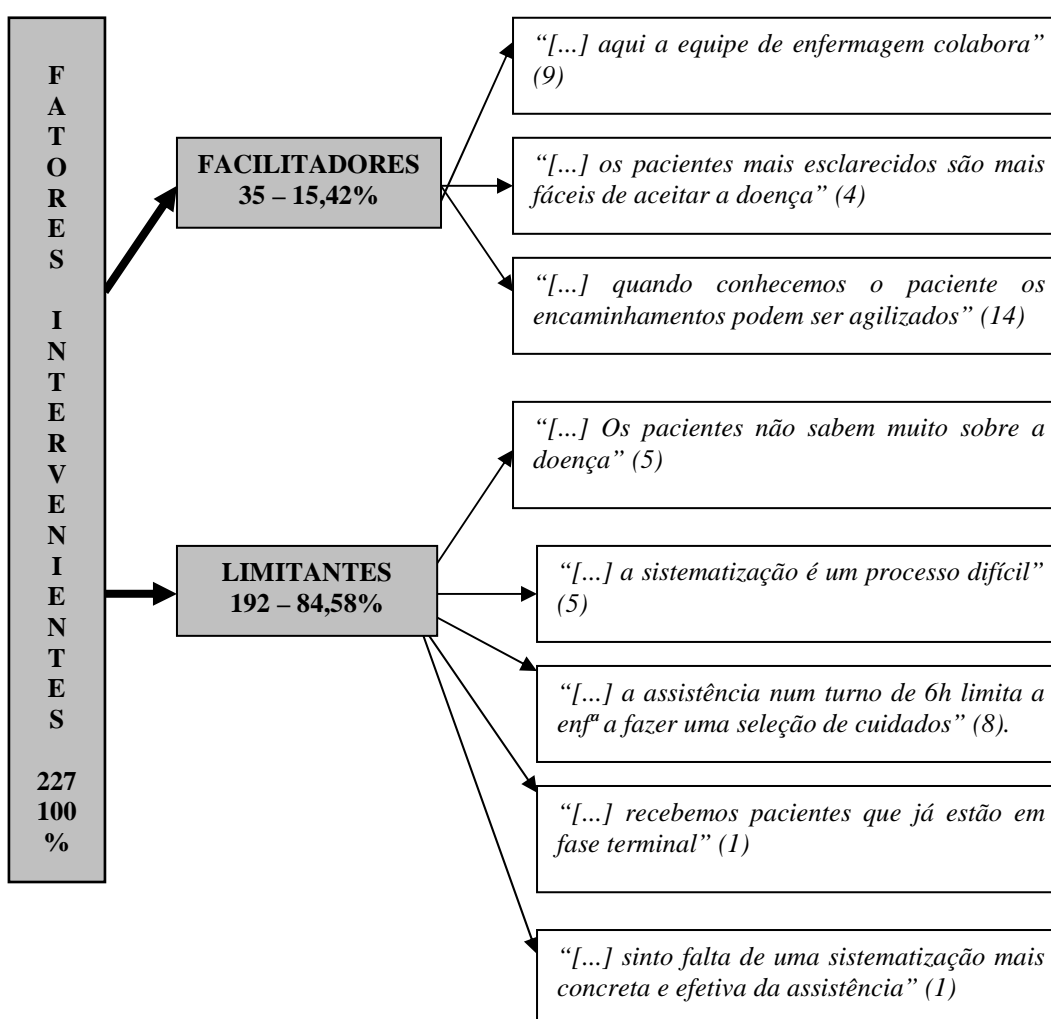
Esquema 6 – Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência segundo os sujeitos entrevistados – Salvador, Bahia, 2008

Na subcategoria atributos profissionais, conhecimento sobre o paciente foi a mais destacada, com 170 (49,85%) das unidades de análise temáticas. Se considerarmos conhecimento de uma maneira uniforme, independente de ser geral, sobre o paciente ou sobre a doença, a subcategoria correspondeu a 276 (80,94%) das unidades temáticas. Isto fala a favor da importância atribuída pelas enfermeiras ao conhecimento, caracterizado como um requisito essencial ao planejamento.

Percebe-se que o conhecimento tem relevância para as informantes por tratar-se de um atributo demandado com frequência no seu cotidiano, que diz respeito a todo itinerário terapêutico do paciente, desde seu diagnóstico, tratamento, intercorrências terapêuticas, cirurgias, até o cuidado paliativo. Assim, atuar em oncologia implica num agir com segurança que se respalda no conhecimento e, em contrapartida, desencadear crescimento profissional e pessoal.

Segundo Gargiulo *et al* (2007), a satisfação profissional pode ser alcançada através da segurança alicerçada no conhecimento, levando as profissionais a se sentirem confiantes em suas ações, ao serem capazes de identificar corretamente os problemas dos seus pacientes. Assim, em se tratando de pacientes com câncer, o planejamento dessa assistência ganha relevância, pois as ações da enfermeira não se restringem à sua prática, mas envolvem ações de outros profissionais, visto tratar-se de uma assistência de maior complexidade e que requer uma ação multidisciplinar.

As demais subcategorias destacadas, experiência (ANPexp), responsabilidade (ANPres), supervisão (ANPsup) e atributos pessoais (ANPpes), responderam com 5,87%, 4,98%, 3,52% e 4,69%, respectivamente, demonstrando tratar-se de qualidades imprescindíveis ao exercício profissional e, conseqüentemente, ao planejamento da assistência enquanto atividade privativa da enfermeira.



Esquema 7 – Fatores Intervenientes no Planejamento da Assistência segundo os sujeitos entrevistados – Salvador, Bahia, 2008

O esquema 7, apresentado acima, descreve a distribuição das 227 unidades de análise da Categoria Fatores Intervenientes no Planejamento (FIP). A subcategoria fatores facilitadores (FIPfac) correspondeu a 15,42% das unidades de análise, enquanto a de fatores limitantes (FIPlim) destacou-se com 84,58%.

Esta categoria diz respeito aos fatores que facilitam ou dificultam o planejamento da assistência de enfermagem. Os fatores facilitadores apontados dizem respeito à humanização na organização, à importância da baixa rotatividade no grupo de enfermagem, ao passo que os fatores limitantes estão associados a aspectos de natureza diversa: relacionados ao câncer, à afetividade, ao paciente e família e sua interação com a equipe, às condições de trabalho e às dificuldades de operacionalização do próprio planejamento.

Observa-se que alguns fatores citados pelos sujeitos como limitantes na verdade dizem respeito ao domínio que o profissional deve ter acerca da assistência e das dificuldades que são próprias do cotidiano da oncologia, e que pode ser assegurado através do conhecimento das especificidades do planejamento desse cuidado, e pode ser adquirido formalmente.

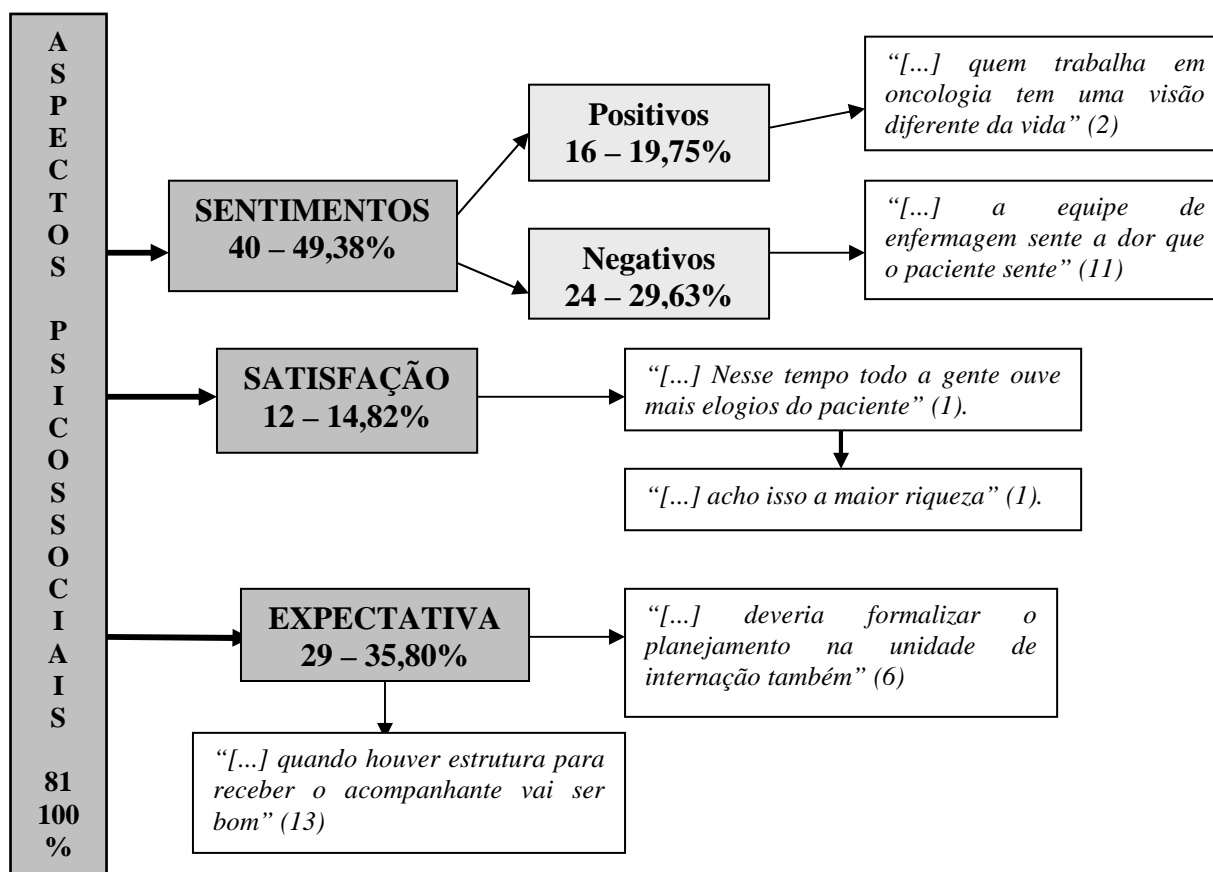
Assim, a ideologia predominante no grupo de enfermeiras acerca do planejamento da assistência pode evidenciar a importância desses aspectos individuais, pois, de acordo com Jodelet (1994), cada indivíduo deixa seus traços no grupo social do qual faz parte ou está inserido.

Mandú (2004) por sua vez, pontua que a perspectiva de uma assistência individualizada, integral, reconhece a importância do contexto, dos processos culturais e familiares, das intersubjetividades, considerando as necessidades e os interesses relacionados ao cotidiano dos sujeitos envolvidos. Assim, é nesse contexto complexo ainda, que se encontram as peculiaridades da organização e do sistema de saúde. Enfim, são muitos fatores que interferem nas ações das enfermeiras, seja em relação à condução do planejamento da assistência em si, seja em relação à condução da sua equipe.

Devem ser desenvolvidas estratégias de enfrentamento para que as enfermeiras e sua equipe possam lidar com estes fatores, visto que a complexidade e a gravidade dos pacientes fazem parte do cotidiano dessas profissionais.

Na seqüência apresentamos o esquema 8, que se refere à distribuição das 81 unidades de análise da Categoria Aspectos Psicossociais do Planejamento (APP).

Conforme Ferreira (2001), os aspectos psicossociais referem-se a um conjunto de elementos de natureza social que envolve componentes afetivos, pois, segundo Jesuíno (2000), na operacionalização do trabalho são utilizadas variáveis psicossociológicas, que abrangem os processos cognitivos, afetivos e avaliativos.



Esquema 8 – Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer segundo os sujeitos entrevistados – Salvador, Bahia, 2008

De acordo com os dados do esquema 8, a subcategoria sentimentos destacou-se com 49,38% das unidades de análise, sendo que os sentimentos negativos (APPsen) somaram 29,63% e os sentimentos positivos (APPsep) representaram 19,75% das unidades. Quanto às expectativas (APPexp), estas representaram 35,80% das unidades de análise e, por último, a subcategoria satisfação (APPsat) com um total de 14,82%.

Os aspectos emocionais têm relação direta com o desenvolvimento do trabalho e podem influenciar positiva e negativamente em seus resultados. Eles se caracterizam como respostas subjetivas e afetivas de cada profissional a acontecimentos do cotidiano, envoltos em sentimentos e intensas emoções (SILVA, 2007).

Observa-se, no entanto, que no quadro geral a categoria aspectos psicossociais abrangeu apenas 8,1% das unidades de análise totais. Inclusive a subcategoria satisfação apresentou uma significância pequena, o que requer atenção, pois o sentimento de satisfação representa para a enfermeira sua importância como profissional e como pessoa. Isso é corroborado por Bettinelli (2002), quando defende que gostar do que se faz é condição

fundamental para se alcançar qualquer mudança dentro da profissão e, conseqüentemente na vida, pois somente desse modo é possível crescer pessoal e profissionalmente.

Nesse sentido, ao considerar a categoria aspectos psicossociais do planejamento, podemos compreendê-la como um direcionamento feito por um e para um ser humano, levando em conta os sentimentos e expectativas dos sujeitos aí envolvidos, incluídos num tempo e espaço, onde se assinalam valores, crenças e visão dos problemas vividos.

A presença de um percentual elevado de unidades temáticas negativas (29,63%), que, na maioria dos relatos dizia respeito a aspectos emocionais da assistência, principalmente o sofrimento do paciente e do profissional, denota a necessidade de buscar alternativas que reduzam o desgaste dessas profissionais e atendam às suas expectativas.

Como destaca Casate e Corrêa (2005), ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho. Além disso, o processo de formação dos profissionais é ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercícios da crítica, criatividade e sensibilidade.

5.4 CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO SENSO COMUM SOBRE O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER

A construção do senso comum sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer foi efetivada com o conteúdo obtido a partir das dezesseis entrevistas realizadas, instrumento recomendado para a apreensão do conhecimento das RS, que proporcionaram, através da análise das unidades temáticas, a construção de cinco categorias e dezesseis subcategorias, seguidos dos diversos significados que estão vinculados ao desenvolvimento dessa atividade em oncologia.

Por meio da análise das unidades temáticas, a partir da similaridade, foram agrupados núcleos de significados acerca do planejamento da assistência em oncologia, que possibilitaram destacar a ideologia predominante no grupo de pertença das enfermeiras, de modo preponderante, sempre atrelada ao fazer sistematizado.

O senso comum apresentou uma diversidade de descrições conceituais, dentre as quais destacamos como primeira categoria a concepção de planejamento da assistência, seguidas das categorias requisitos necessários ao planejamento e atributos necessários ao planejamento,

fatores intervenientes no planeamento e, por último, a categoria aspectos psicossociais do planeamento. Para complementação das descrições conceituais das categorias citadas, apresentamos o Quadro 8 que destaca a representatividade das categorias e subcategorias segundo as entrevistadas.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE ANÁLISE	SUJEITOS	
			F	%
I - CONCEPÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (CPA)	- DIFERENCIADO (CPAdif)	83	14	100,00
	- ATIVIDADES DIVERSIFICADAS (CPAati)	37	10	71,43
	- SISTEMATIZAÇÃO (CPAsae)	34	11	78,57
	- Geral	10	04	28,57
	- Histórico de Enfermagem	03	02	14,28
	- Diagnóstico de Enfermagem	06	04	28,57
	- Plano de Cuidados	08	05	35,71
	- Implementação	02	01	7,14
	- Evolução de Enfermagem	01	01	7,14
	- Avaliação	04	03	21,42
	- ORGANIZADO (CPAorg)	29	12	85,71
	- EM EQUIPE (CPAteq)	11	05	35,71
	- ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE (CPAasq)	11	02	14,28
	- DINÂMICO (CPAdin)	09	04	28,57
- NEGATIVA (CPAneg)	06	03	21,42	
II - REQUISITOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO (RNP)	- Condições Organizacionais (RNPorg)	42	10	71,43
	- Valorização do planeamento (RNPvpl)	33	10	71,43
	- Valorização da capacitação (RNPvcp)	22	02	14,28
	- Valorização do profissional (RNPvpr)	17	05	35,71
	- Valorização do paciente (RNPvpa)	12	05	35,71
	- Valorização da SAE (RNPvsa)	05	03	21,42
III – ATRIBUTOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO (ANP)	- PROFISSIONAIS (ANPpro)	325	14	100,00
	- Conhecimento do paciente (ANPcpa)	170	13	92,85
	- Conhecimento da doença (ANPcdo)	56	11	78,57
	- Conhecimento (ANPcon)	50	09	64,28
	- Experiência (ANPexp)	20	07	50,00
	- Responsabilidade (ANPres)	17	04	28,57
	- Supervisão (ANPsup)	12	04	28,57
	- PESSOAIS (ANPpes)	16	07	50,00
IV - FATORES INTERVENIENTES NO PLANEJAMENTO (FIP)	- FACILITADORES (FIPfac)	35	09	64,28
	- LIMITANTES (FIPlim)	192	13	92,85
V – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PLANEJAMENTO (APP)	- SENTIMENTOS (APPstt)	40	09	64,28
	- Positivos (APPsep)	16	07	50,00
	- Negativos (APPsen)	24	08	57,14
	- SATISFAÇÃO (APPsat)	12	06	42,85
	- EXPECTATIVA (APPexp)	29	04	28,57

Quadro 8 – Distribuição das Categorias e Subcategorias do Planeamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer, segundo representatividade dos sujeitos entrevistados – Salvador – BA, 2008

Os significados foram analisados à luz da Teoria das Representações Sociais, oportunidade em que foram destacados alguns aspectos que podem contribuir na reflexão sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, a partir da linguagem transmitida nos discursos do grupo de pertença – enfermeiras atuantes no planejamento dessa assistência.

O discurso, segundo, Spink e Medrado (2004), como linguagem social de um grupo em situação de interlocução, num determinado contexto e momento histórico, modela a forma e o estilo das asserções segundo enunciados próprios, no sentido de buscar coerência interacional entre os atores sociais e o contexto, ao tempo em que orienta sua vivência profissional.

Iniciamos com a análise da primeira categoria, Concepção do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer.

5.4.1. 1ª Categoria – Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (CPA)

Nesta categoria foram evidenciadas oito subcategorias fundamentadas na variedade de conceitos emitidos pelos sujeitos da pesquisa, sobre as características nas quais as concepções do planejamento da assistência de enfermagem encontram-se ancoradas, assim definidas: atividades diversificadas, sistematização da assistência, organizado, apoiado no trabalho em equipe, com foco na qualidade da assistência, dinâmico, com uma visão negativa.

Concepção ou conceito constitui a imagem mental, formulação de idéias ou pensamento sobre um fenômeno, descrito através de palavras, que segundo Chinn e Kramer (1999), se caracteriza como uma formulação mental complexa de uma experiência.

O significado do senso comum, da concepção do planejamento da assistência ao paciente com câncer não difere das concepções preconizadas pelo conhecimento científico, no que se refere à variedade de necessidades nas qual o planejamento se fundamenta.

As concepções apresentadas estão coerentes com a literatura específica e são indispensáveis ao planejamento do cuidado vinculado à humanização, já discutido no núcleo central, porém demonstrando significados divergentes, como a ausência de planejamento.

I) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorado no planejamento diferenciado (CPAdif)

A concepção que as entrevistadas trazem acerca do planejamento da assistência ao paciente com câncer vem atrelada à necessidade de um cuidar sistematizado, mas que envolve um olhar que ultrapassa a esfera do puramente técnico, coadunando-se com o que tem sido postulado na literatura sobre as outras dimensões do cuidado.

De acordo com Popim (2006), coexistir no mundo do hospital com o paciente com câncer, é uma caminhada difícil, onde a enfermeira está ligada ora no planejamento, ora no gerenciamento da assistência ora no ato direto de cuidar. Pontua ainda, que ao planejar é preciso pensar numa assistência que contemple a dimensão existencial do ser cuidado, pois o “tratamento de uma dada afecção pode ser impessoal, mas o cuidado com a pessoa em seu ‘estar - doente’ é, indubitavelmente, pessoal e empático” (p.18).

Ao compreenderem que esse planejamento é diferenciado, as enfermeiras concebem a necessidade de perceber o paciente enquanto um indivíduo que adoece e não apenas como portador de uma doença, visualizam toda a questão que está envolvida nessa atividade, conforme destacam em seus discursos:

[...] tem que ser diferenciado (2). [...] o planejamento da assistência para o paciente com câncer é diferente (3). [...] É preciso ver a família (3), [...] tem que tratar a pessoa como um todo (4). [...] No planejamento você tem que diferenciar bastante as ações (5). [...] é ir além de fazer um plano de cuidados (6). [...] o planejamento é priorizado por gravidade (7). [...] É ver o indivíduo de forma integral (8). [...] É atender a todas as vertentes do cuidado: dor, emoção, família, conforto, morte (9).

As entrevistadas percebem no diferencial desse planejamento toda a complexidade que envolve a atenção a esse tipo de paciente, seja pela patologia em si, seja por suas questões sociais, seja por sua fragilidade emocional:

[...] a enfermeira ao planejar deve considerar que o paciente, além da doença, traz suas dores e todos seus problemas (8). [...] muitas vezes só podemos dar o conforto ao paciente e não a cura (12). [...] é prever as dificuldades que o paciente irá enfrentar (13). [...] no planejamento da assistência ao paciente com câncer existem as necessidades básicas, de afeto, apoio espiritual, sexualidade (13).

Um estudo realizado por Popim e Boemer (1999), reforça essas especificidades, ao revelar o quanto o câncer mudou a vida dos pacientes, atingindo-os em questões centrais de suas existências, estreitando seus horizontes de possibilidades diante da vida.

Através do conhecimento do senso comum, observamos que um planejamento diferenciado, embora não possa contemplar de forma global todas as necessidades do paciente, é percebido pelos sujeitos como importante e possível de ser atingido em muitos aspectos, inclusive pela preocupação desses sujeitos e da organização em oferecer serviços com ênfase no bem estar do paciente, como pode ser visto nas falas a seguir:

[...] quando o paciente está deprimido, é atendido por uma psicóloga (1). [...] temos o programa de atendimento domiciliar (PAD) para o paciente que tem condições de ficar em casa (1). [...] tentamos acomodar os pacientes mais graves em apartamentos individuais, com acompanhantes nas 24h (12). [...] a enfermeira procura fazer o melhor [...] na medida do possível (13). [...] planejamos a assistência de forma que o paciente receba a visita que quer receber (17). [...] planejamos a assistência de forma que o paciente seja cuidado pelo profissional que ele queira ser cuidado (17).

II) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada nas atividades diversificadas (CPAati)

Nesta subcategoria, o planejamento está vinculado às atividades diversificadas envolvidas na atenção ao paciente com câncer, sejam elas gerais ou específicas, até porque a trajetória de tratamento não se dá de modo linear e idêntico entre os pacientes, o que evidencia a diversidade de ações envolvidas nesse planejamento.

A enfermeira em oncologia pode atuar nos diversos níveis de atenção, levantando as necessidades do paciente, priorizando as atividades, garantindo a continuidade da assistência, realizando o cuidado, capacitando a equipe, desde a atenção primária até a promoção do cuidado na fase avançada da doença.

[...] no planejamento a enfermeira tem que priorizar o paciente (1). [...] A enfermeira precisa orientar sua equipe sobre o que fazer e o que não fazer (4). [...] a enfermeira faz o que é prioridade (9). [...] precisamos orientar que o papel da enfermagem é cuidar do paciente até o último momento (9). [...] temos que estar atentas a tudo, desde a consulta de enfermagem (13). [...] é pensar no que podemos fazer para melhorar o acesso do paciente aos recursos (13).

Essa diversidade de atividades, contudo, pode comprometer o planejamento da assistência, já que muitas vezes a enfermeira tem que priorizar seu tempo na resolução de problemas ou com atividades que não são ou não deveriam ser de sua alçada. Logo, alguma parte do processo de trabalho pode ser comprometida, o que se reflete, inclusive, na forma como os demais profissionais de enfermagem percebem o papel da enfermeira enquanto gerente da assistência e responsável pelo planejamento.

De acordo com o estudo de Borges; Lima e Almeida (2008) acerca da representação social do cuidado de enfermagem, o cuidado não é percebido como um processo, mas como uma tarefa que se conforma em distintas dimensões (assistencialista, tecnicista, qualidade do produto), a depender da inserção institucional do pessoal de enfermagem.

A esse respeito, Hesbeen (2000), assevera que centrar-se em sucessivas tarefas esvazia de conteúdo e de sentidos os cuidados de enfermagem. Ou seja, a rotina predomina no complexo cotidiano hospitalar, onde a enfermeira tentar dar conta do seu fazer, e com isso pode comprometer a sua identidade profissional.

Assim, o planejamento do cuidado de enfermagem para o paciente oncológico não deve ser compreendido como um conjunto de tarefas, ações estanques, desprovidas de significado para o paciente e para o profissional, e nem estar condicionado apenas ao preenchimento de impressos ou a uma prescrição médica.

III) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada na sistematização (CPAsae)

Esta subcategoria está associada à concepção das informantes de que o planejamento da assistência tem seu delineamento a partir de uma sistematização de ações, considerando que essa ocorre com o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, implementação, evolução de enfermagem e avaliação.

Muitas vezes a fase do planejamento corresponde apenas à prescrição de cuidados, a partir do levantamento dos problemas identificados no paciente. Esse planejamento poderia ser mais amplo e não se restringir ao cumprimento de tarefas, no entanto, para algumas entrevistadas ele parece estar atrelado a uma visão mais gerencial da assistência, como pode ser visto nas falas a seguir:

[...] na unidade de internação a burocracia é muito grande para a enfermeira [...] por causa da burocracia parte da assistência fica um pouco deficitária (5). [...] é determinar ao técnico as funções dele (12). [...] é distribuir as atividades pra poder ter continuidade durante todo dia (12).

O planejamento da assistência, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando uma melhor qualidade assistencial (PIVOTTO; LUNARDI FILHO e LUNARDI, 2004).

Desse modo, se reverte num instrumento para que as ações de enfermagem tenham melhor definição e pode permitir uma maior visibilidade à profissão.

Em estudo realizado por Garcia e Nóbrega (2000), onde fizeram reflexões sobre a SAE, as autoras pontuaram que para que o PE ocorra numa perspectiva de interação entre seres humanos, torna-se necessário que o paciente comunique (verbal e/corporalmente) disponibilidade para se envolver, expressando suas expectativas, valores, crenças, atitudes, preocupações e ansiedades relacionadas à situação que vivencia, e que participe ativamente na identificação de suas necessidades de cuidado, assim como na tomada de decisões sobre as metas traçadas para atingi-las.

Na presente pesquisa, as depoentes denotam compreender que o saber que se origina do cotidiano, requer um suporte teórico, de modo que a ausência de uma sistematização implica em perda nas ações das enfermeiras, ao tempo em que dificulta a interação com a equipe multidisciplinar e compromete a qualidade da assistência. A percepção dos sujeitos quanto aos diversos aspectos e fases da SAE pode ser vista nas falas a seguir:

Quanto à SAE:

[...] procuramos direcionar o paciente de maneira que ele possa seguir os passos [...] para alcançar algum resultado (4). [...] o paciente ajuda mais quando planejamos a assistência (4). [...] ele se reforça para fazer o tratamento [...] ele se ajuda (4).

Quanto ao histórico de enfermagem:

[...] na consulta a enfermeira já inicia o planejamento [...] desde o momento em que colhe informações do paciente (13). [...] essas informações são para ela ter uma idéia de como ele vive (13).

Quanto ao diagnóstico de enfermagem:

[...] ao planejar, a enfermeira vê o que o paciente tem e levanta suas necessidades (1). [...] o diagnóstico de enfermagem vem sendo discutido e trabalhado com a equipe da UTI (17).

Quanto ao plano de cuidados:

[...] São as ações que temos que planejar (2). [...] é a prescrição de cuidados para determinados pacientes na unidade de internação (6).

Quanto à implementação da SAE:

[...] ao implementar o plano de cuidados podem surgir outras necessidades (11).

Quanto à evolução de enfermagem:

[...] anotamos na evolução de enfermagem tudo que o paciente apresentou (13).

Quanto à avaliação:

[...] precisa ver se estão seguindo os cuidados à risca (6). [...] é supervisionar se o cuidado está sendo feito (12). [...] é ver como está o resultado da assistência de enfermagem (12).

Quanto ao estágio de implantação da SAE na organização:

[...] Existe uma sistematização da assistência de enfermagem na UTI (6). [...] a sistematização está no início ainda, tentando ser implantada (12). [...] No PAPO há uma sistematização da assistência até a alta desse paciente (17). [...] Na unidade de internação começamos a SAE em alguns leitos (17).

Silva e Fontes (2000) asseveram que a SAE deve ser um processo contínuo e consciente, que reflita na qualidade da assistência prestada, o que demanda avaliações constantes para acompanhar a incorporação deste processo pelos demais profissionais da equipe, a forma como está sendo desenvolvido e a resolução de dificuldades que se apresentem.

A prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas decididas, preferencialmente, pela enfermeira, equipe de enfermagem e paciente, direcionadas à assistência ao paciente, de maneira individualizada. A sua elaboração exige a reaproximação do profissional ao paciente, uma vez que a coleta de dados e o exame físico são imprescindíveis para a detecção de problemas prévios, o que oportuniza o estabelecimento dos objetivos da assistência e a priorização na resolução dos problemas, contemplando um planejamento de cuidados e ações específicas para alcançá-los, executando ou supervisionando sua execução, com posterior avaliação dos resultados (COFEN, 2002).

Isto encontra ressonância com o que é postulado por Garcia e Nóbrega (2000), quando destacam que existe uma maneira de não se aplicar o processo de enfermagem: evitando o encontro com a clientela, seja ela representada por uma pessoa, uma família ou uma comunidade. Existindo o encontro, inexoravelmente inicia-se o processo.

Pivotto; Lunardi Filho e Lunardi (2004), por sua vez, ressaltam que na maioria das unidades de internação hospitalar, a SAE ainda não se encontra nem total nem mesmo parcialmente implantada, e a equipe de enfermagem, ao invés de prestar assistência planejada pela enfermeira, baseada na prescrição de enfermagem, parece fundamentar suas ações na dependência da prescrição médica, mas com relativo grau de independência em relação à coordenação e supervisão da própria enfermeira.

Para que a enfermeira alcance a autonomia nesse processo, ela precisa embasar suas ações de cuidado e de planejamento, em conhecimentos, raciocínio crítico e tomada de decisões. Pois, como cita Erdmann (1996), olhar para os pacientes e ver neles a vida organizacional do sistema de cuidados é um desafio, sendo as ações de cuidado de enfermagem processos auxiliares em cada paciente.

Assim, ao refletirmos sobre a importância da SAE em oncologia, podemos dizer que ela representa um relevante recurso que a enfermeira dispõe para aplicar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanísticos na assistência ao paciente, ao tempo em que caracteriza sua prática, tendo possibilidades de adquirir maior autonomia profissional nas diversas áreas em que pode atuar.

IV) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada na organização (CPAorg)

Esta subcategoria diz respeito ao que as informantes destacam como importante para por em prática o planejamento, considerando uma estrutura de trabalho que as habilita a organizar e administrar a assistência de enfermagem, como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

[...] é orientar a equipe de técnicos (2). [...] o paciente recebe orientações desde que chega à triagem (3). [...] o primordial é saber o nível de conhecimento do paciente para fazer um planejamento individualizado (5). [...] é prever o que é necessário para a assistência (13). [...] é fazer uma programação de como atender ao paciente (14).

O cotidiano hospitalar é complexo, e, diante disso, as enfermeiras investigadas buscam atender à demanda de necessidades do paciente com câncer, direcionando as intervenções, priorizando as atividades, de modo que assistência a esse paciente seja assegurada.

Contudo, como destaca Delgado (2008), muitas vezes essas ações são priorizadas em função das pendências, necessidades e condições de risco, com pouco tempo para escuta atenta ou proximidade com os pacientes, o que pode ser visto nas afirmativas abaixo:

[...] por causa da burocracia parte da assistência fica um pouco deficitária na unidade de internação (5). [...] a enfermeira faz o que é prioridade (9). [...] Às vezes a enfermeira atua de acordo com a demanda (14).

V) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada no trabalho em equipe (CPAteq):

Nesta subcategoria as entrevistadas referem-se à importância atribuída por elas ao trabalho em equipe, o que pode ser observado nas assertivas a seguir:

[...] A enfermeira tem que planejar suas ações junto à equipe (2). [...] a enfermeira não funciona sozinha [...] Tem que ter toda uma equipe por trás (2). [...] Temos que ter o vínculo [...] ter a comunicação com os outros profissionais (4). [...] quando planeja a enfermeira precisa de uma equipe de enfermagem boa, preparada (11).

Embora a prescrição do cuidado seja uma atividade privativa da enfermeira, a SAE ou PE, só tem sentido de existir se for trabalhada em conjunto com toda a equipe de enfermagem.

De acordo com Delgado (2008), o trabalho em equipe favorece as interações de seus membros e fortalece os processos colaborativos, gerando motivação e satisfação ao propiciar maior proximidade e coesão entre eles; é uma estratégia que favorece as relações interpessoais. Se considerarmos a oncologia como uma especialidade que demanda conhecimentos especializados e envolve pacientes com alto grau de complexidade, veremos o quanto estes aspectos são importantes para o processo assistencial.

O processo interacional envolvido nessa relação requer da enfermeira uma maior compreensão e envolvimento quanto aos aspectos educativos do planejamento da assistência, quando entram em jogo a assistência e orientação ao paciente e sua família, a necessidade de articulação e treinamento da equipe no desenvolvimento dessa assistência e à interação com os demais profissionais da equipe de saúde.

No entanto, muitas vezes na tentativa de realizar um trabalho em equipe a enfermeira enfrenta condições que o enfraquecem e que podem dizer respeito às dificuldades na aplicação do processo de enfermagem que são inerentes à organização, mas também podem decorrer das crenças, costumes e valores dos profissionais nele envolvidos e que podem estar relacionadas à visão que estes têm acerca do paciente com câncer quanto ao estigma que a doença carrega consigo. Isso pode ser visto na fala de algumas entrevistadas:

[...] a maioria dos casos é já determinado para a morte (1). [...] a morte aqui é uma coisa muito clara (1). [...] muitos já sabem que estão com aquela doença (2). [...] é como se a doença não tivesse cura (3). [...] e enfermeira tem que ter muito cuidado com o tipo de palavra que vai usar com o paciente (5). [...] tem ainda a questão de o paciente negar a doença (8). [...] O câncer é uma doença que tem um estigma social pesadíssimo (17).

VI) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada na assistência de qualidade (CPAasq):

As falas das enfermeiras destacam a relevância desta subcategoria, ao considerar os diversos aspectos do planejamento da assistência que, em sendo atendidos, apontam para a melhoria da qualidade do cuidado, como pode ser visto nos trechos abaixo:

[...] é oferecer uma assistência de qualidade (2). [...] é dar um bem estar a um paciente terminal (2). [...] é dar um conforto até o momento final (2). [...] é garantir ao paciente toda segurança (2). [...] é garantir ao paciente todo conforto (2). [...] é atender o paciente nas suas queixas (2). [...] é não deixar faltar-lhe nada (2).

Assim, o planejamento para uma assistência de enfermagem de qualidade tem como objetivo a promoção do bem estar do indivíduo, direciona para o autocuidado, oferece medidas de conforto, segurança, além de estar presente e oferecer escuta.

Pensar em assistência de qualidade, contudo, envolve olhar para o paciente, para a qualificação e compromisso do profissional que presta o cuidado, e também para as condições oferecidas pela organização para que essa assistência se concretize.

VII) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada no dinamismo (CPAdin):

A subcategoria é sinalizada pelas depoentes como uma característica que é inerente ao planejamento, por envolver mudanças contínuas, seja na sua elaboração, seja na sua execução, o que pode ser evidenciado nos depoimentos:

[...] na unidade de internação o ritmo da assistência é acelerado (2). [...] a enfermeira tem medicação pra aprazar, evolução pra fazer (2). [...] o planejamento sofre alterações durante o dia (11). [...] a enfermeira atende mais rápido para agilizar o fluxo dos atendimentos (14).

Entende-se por planejamento dinâmico aquele que seja flexível, capaz de permitir à enfermeira atender à demanda dos pacientes de maneira rápida e produtiva, ajustando-se às necessidades e alterações que surjam.

Tal dinamismo necessário ao planejamento requer, contudo, conhecimento por parte da enfermeira, de forma que possa implementar com maior rapidez e eficiência as medidas que são necessárias para ajudar na melhora ou recuperação do paciente sob seus cuidados. Isto porque o paciente com câncer pode apresentar uma série de intercorrências clínicas e

cirúrgicas, que demandam um olhar crítico e intervenções rápidas por parte da enfermeira. A convivência com essas situações críticas contribui para o sofrimento desta profissional, e, sendo inevitável, este sentimento tem significados e intensidades diferentes no cenário individual social e cognitivo (SILVA, 2007).

Isto é confirmado com o que foi evidenciado no NC deste estudo, quando surgiu como uma das categorias centrais o planejamento da assistência de enfermagem associado ao sofrimento, estando vinculado ao perfil do paciente que chega ao hospital, ao tratamento e às limitações no atendimento de suas necessidades.

VIII) Concepção de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorada na visão negativa (CPAneg):

Embora considerem a relevância da SAE para qualidade da assistência, na visão de algumas entrevistadas, muitas vezes essa atuação se dá de forma assistemática.

Garcia e Nóbrega (2000), em seu estudo reflexivo sobre a SAE, pontuam que possivelmente, o modo como o PE é abordado durante a formação do enfermeiro, com excesso de detalhamento e com supervalorização do método, em detrimento da essência, naturalidade e espontaneidade do processo de cuidar, tem concorrido para sua desvalorização ou negação na sua prática assistencial. Nessa perspectiva, apesar de reconhecer a importância do planejamento e da sistematização do cuidado, a enfermeira em razão de uma série de fatores, não consegue realizá-lo parcial ou totalmente, o que lhe dá uma idéia negativa do processo.

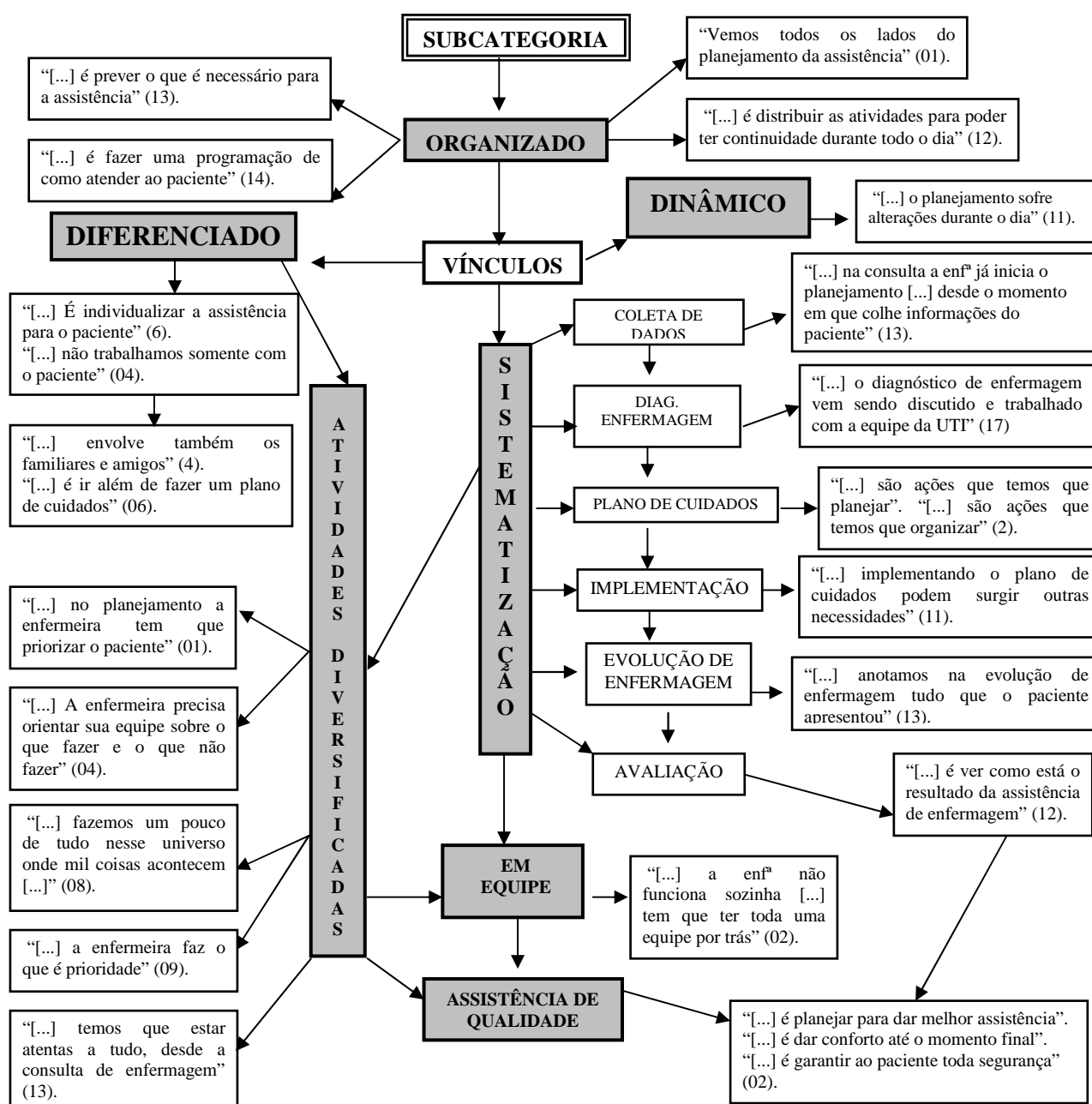
Ainda citando Garcia e Nóbrega (2009), estas trazem em outro estudo, que além da complexidade inerente ao processo de enfermagem, existem outras dificuldades para sua implementação sistemática que dizem respeito às expectativas das organizações ou ambiente onde se dá o cuidado de enfermagem, além do modo como a sociedade ou os gestores de saúde entendem a enfermagem e o papel de seus exercentes.

Ou seja, nem sempre existe consonância entre as necessidades do paciente com câncer e o planejamento que lhe é implementado, seja pelas dificuldades do próprio processo, seja pelas condições do ambiente onde ocorre a assistência. A enfermagem enfrenta problemas como a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo decorrente das atividades diversificadas que realiza, aliadas a um planejamento da assistência distante das reais necessidades do paciente, o que muitas vezes inviabiliza a sua execução. A concepção negativa trazida pelas

informantes parece estar associada ao fato da sistematização da assistência de enfermagem não ter sido implantada em todas as unidades do hospital, o que pode ser observado em alguns depoimentos:

[...] não existe planejamento (9). [...] fazemos tudo isso [...] mas de uma forma desordenada (13). [...] Não é uma coisa formalizada, sistematizada (13). [...] um planejamento específico, não temos não (14).

A seguir, a síntese da análise da Categoria 1 e respectivas subcategorias com as principais unidades constituem o Esquema 9. O Apêndice C, apresenta todas as unidades de análise – subcategorias – correspondentes a essa categoria e às demais.



Esquema 9 – Síntese da Análise da Categoria 1 – Concepções de Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

5.4.2. 2ª Categoria – Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (RNP)

Os requisitos necessários ao planejamento da assistência, aqui são compreendidos como sendo as condições indispensáveis para que este ocorra, de modo a instrumentalizar as enfermeiras no alcance de seus objetivos, podendo estar ligados à organização, ao processo de trabalho e/ou sujeitos envolvidos.

Esta categoria, com 131 (13,1%) do total de unidades de informação. Conquanto tenha sido apresentada no Quadro 3 como segunda categoria no planejamento, está em quarto lugar das cinco categorias evidenciadas. Apresenta uma subcategoria, Condições Organizacionais (RNPorg) e outras cinco subcategorias vinculadas a ela: Valorização do Planejamento (RNPvpl; Valorização da Capacitação (RNPvcp); Valorização do Profissional (RNPvpr); Valorização do Paciente (RNPvpa) e, finalmente, Valorização da SAE (RNPvsa).

Baseados em Ferreira (2001) e Blackburn (1997), valorização é uma atitude pessoal adotada dentro do grupo social, que justifica suas ações e é merecedora de respeito e está imune a argumentos racionais. Assim, na concepção das informantes, essa valorização se expressa na atuação profissional, nas suas características pessoais, na qualidade da assistência e no valor que atribuem ao planejamento da assistência.

I) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados nas Condições Organizacionais (RNPorg):

Nesta subcategoria as respostas das informantes possibilitaram a identificação das condições que dizem respeito ao que elas consideram como importantes para que o planejamento da assistência seja viabilizado. Compreendem e compartilham o caráter filantrópico da organização, buscando dentro dos limites impostos, alcançar a satisfação do paciente, o que pode ser evidenciado nas assertivas a seguir:

[...] o hospital tem todos os recursos (1). [...] o hospital subsidia toda assistência domiciliar (1). [...] No hospital há vários programas voltados para o paciente (1). [...] aqui tem o médico especialista em dor, mas o enfermeiro não (1). [...] Os pacientes aqui são bem tratados desde que chegam até quando eles saem (3). [...] Há coisas aqui que fazem jus à filantropia do hospital (7). [...] o hospital sempre priorizou a assistência ao paciente carente (13). [...] Aqui é um serviço muito diferenciado (14).

Verifica-se, contudo, que embora as enfermeiras reconheçam vários aspectos positivos, por outro lado têm a noção clara de alguns aspectos na organização que interferem no planejamento da assistência, o que pode ser percebido nas falas abaixo:

[...] A chefia [...] gerencia o nº de cadeiras para os acompanhantes, de acordo com a necessidade (1). [...] tentamos separar o paciente que está mais grave, mas nem sempre é possível (9). [...] é uma enfermeira por unidade, de manhã e à tarde [...] e à noite ela fica com mais unidades (12). [...] há uma avaliação dos pacientes mais graves para liberar a permanência do acompanhante (12).

O ambiente de trabalho é diversificado e organizado de acordo com suas peculiaridades, caracterizado pela assistência ao paciente oncológico com prognósticos imprevisíveis, portadores de doenças pré-existentes, exigindo do profissional competência técnica e equilíbrio psíquico para lidar com as situações apresentadas no cotidiano de uma organização oncológica. Nesse contexto o enfermeiro é obrigado a adaptar-se a tudo isso, orientando-se através das políticas e normas desta organização (QUEIROZ, 2008).

Embora o ambiente hospitalar possua todas essas características, continua sendo o local de predomínio de ação da enfermeira, com toda sua sobrecarga física, mental e psicológica, especialmente ao lidar com doenças que envolvam tantos agravos, como é o caso do câncer.

II) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados na Valorização do Planejamento (RNPvpl):

Podemos verificar através dos depoimentos, que as enfermeiras percebem o planejamento na sua amplitude de intervenção, principalmente em relação às possibilidades de atenção ao paciente, que se ampliam a cada dia. Sob outra perspectiva elas verificam uma mudança na visão da enfermagem dentro desse contexto e na própria forma de trabalho, o que se expressa nas seguintes assertivas:

[...] A visão da equipe de enfermagem tem mudado (2). [...] os auxiliares mudaram a forma de tratar os pacientes (2). [...] é ir além da questão do cuidado (13). [...] O grupo de reabilitados orienta o paciente novo de como é o retorno no pós-operatório (17). [...] buscamos saber o que eles pensam, o que vêem de positivo e negativo no hospital (17).

Ao ser destacada a valorização do planejamento nesta subcategoria, encontramos ressonância em Garcia e Nóbrega (2009), quando asseveram que o PE, enquanto instrumento

metodológico do qual se lança mão para favorecer o cuidado, deve ser compreendido como um meio e não um fim. A aplicação deliberada e sistemática do PE pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar o reconhecimento do profissional e ainda representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional.

Isso porque, tal processo não deve ser encarado como um dever abstrato e limitador, mas sim como uma ação que designa um movimento de encontro, que requer dos profissionais a ação de dialogar, refletir, analisar e identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir (HESBEEN, 2000).

As falas das informantes quanto ao planejamento da assistência ao paciente com câncer denota valorização dessa prática por essas profissionais, como forma de assegurar a integralidade da assistência.

[...] no setor onde trabalho o planejamento é bom (3). [...] Quando a enfermeira planeja, ela se preocupa com o início e o fim da assistência (4). [...] tentamos [...] um planejamento individualizado para o paciente oncológico (5).

A visão positiva das informantes acerca do planejamento se contrapõe à forma como percebem os aspectos negativos dessa prática, ou seja, mesmo diante das dificuldades que se apresentam, a enfermeira pode atuar com vistas a um planejamento diferenciado, individualizado.

III) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados na Valorização da Capacitação (RNPvcp):

[...] os treinamentos ocorrem com mais frequência (2). [...] toda vez que tem uma palestra é visando uma melhor qualidade da assistência (2). [...] procuramos orientar os técnicos de outras áreas também (2). [...] buscamos auxiliares que trabalhem com segurança no que fazem (13). [...] procuramos sempre fazer treinamentos com os profissionais (13). [...] a educação em serviço é muito, muito importante (13). Procuramos ver se os funcionários estão seguros do que estão fazendo (13). [...] quando há um esquema novo, a enfermeira orienta os auxiliares (13).

Os depoimentos acima demonstram o comprometimento das enfermeiras quanto à importância da capacitação da equipe de enfermagem, de modo a oportunizar um crescimento profissional e proporcionar melhoria na qualidade da assistência, desenvolvendo um planejamento diferenciado como demanda o paciente com câncer. Desse modo, a capacitação formal põe em evidência os aspectos positivos dos processos de formação das RS.

De um modo geral, parece existir entre as enfermeiras a idéia de que somente a prática lhes assegura a habilidade necessária para o exercício profissional. Vale destacar, contudo, que a oncologia é uma área muito diversificada, complexa, dinâmica, que requer atualização constante para qualquer profissional que nela atue.

Como destacam Recco; Luiz e Pinto (2005), o trabalho com o paciente com câncer exige um preparo especial dos profissionais, que por sua vez, também precisam de apoio psicológico para lidar com as situações de perdas, frustrações e morte. Ou seja, a capacitação ultrapassa o treinamento teórico para o cuidado, requer que o profissional de saúde possa aprender a desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com esses aspectos.

Essa atualização implica em capacitação para atuação técnica, mas também naquela de caráter psicoafetivo, onde possam ser criados espaços de discussão e reflexão para que os profissionais de enfermagem exponham as dificuldades, os medos e as angústias que surgem no cotidiano da assistência ao paciente com câncer.

Observa-se, contudo, nos depoimentos uma preocupação com a capacitação dos técnicos e auxiliares, mas não discutem sobre a própria capacitação. Isso pôde ser observado também na caracterização dos dados sociodemográficos, onde 18 (43,90%) das profissionais não possuíam especialização e no Quadro 8, onde a representatividade dos sujeitos quanto à subcategoria valorização da capacitação (RNPvcp) foi de apenas 14,28%. Cabe aí, portanto, uma reflexão sobre isso, tendo em vista o papel educativo da enfermeira dentro da sua equipe, em especial numa área que exige tanto conhecimento dos profissionais como é a oncologia.

IV) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados na Valorização do Profissional (RNPvpr):

Visualizamos nas falas a seguir, que o conhecimento do senso comum sobre a valorização profissional ancora-se na importância deste na organização, seja planejando essa assistência, seja executando-a.

[...] Hoje o hospital evoluiu muito em relação à visão da enfermagem (2). [...] Tentamos humanizar mais a assistência (7). [...] temos que oferecer o conforto necessário ao paciente (9). [...] não podemos esquecer do familiar que está ao lado desse paciente (9). [...] a enfermeira procura atualizar-se para acompanhar o que está acontecendo de novo (13). [...] Ao planejar é importante que vejamos o profissional que cuida (17). [...] Lidamos com a morte [...] é importante ver como é que anda esse profissional (17).

Na concepção das depoentes, a valorização do profissional evidencia aspectos essenciais à sua prática de planejar, que dizem respeito às características da profissional, da equipe sob sua responsabilidade, à percepção que tem de seus pacientes, à forma como lida com suas perdas. Ou seja, requer um olhar mais atento para os profissionais que atuam nessa área, de modo a poder oferecer uma assistência realmente diferenciada.

V) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados na Valorização do Paciente (RNPvpa):

Nesta subcategoria os discursos deixam evidentes aspectos que dizem respeito às peculiaridades do paciente com câncer e, que são de extrema importância para serem observados quando se planeja a assistência:

[...] temos que dar tudo ao paciente até o óbito (2). [...] Planejamento para o paciente com câncer é evitar a dor (3). [...] Precisa manter o familiar para acompanhar esse paciente (9). [...] é não esquecer que ali tem um paciente (17). [...] atender ao pedido do paciente mostra que existe um ganho, um melhor resultado na assistência (17).

Trincaus e Corrêa (2007) salientam que acompanhar o itinerário terapêutico do paciente com câncer permite às enfermeiras um crescimento pessoal e profissional, revelando o quanto é importante escutar, estar presente e respeitar o momento singular de cada indivíduo.

Morales (1994 *apud* Rodrigues, 2006), por sua vez, avaliando a percepção de pacientes com câncer que se encontravam hospitalizados sobre o toque dos enfermeiros, observou que a população identificou dois tipos de toque: o toque para realização de procedimentos e o toque afetivo, e relataram que o toque realizado pelos enfermeiros era mínimo e exclusivamente para a realização de procedimentos. Essa percepção denota que, mesmo nos dias atuais, existem limitações na relação enfermeira-paciente, em especial com o paciente com câncer, e estas podem estar relacionadas às diferentes representações que as profissionais têm da doença.

Contudo, para que o planejamento da assistência se concretize com a amplitude que foi destacada pelas enfermeiras, é preciso que estas compreendam a importância desse planejamento para o paciente, de modo a contemplar não somente a execução de tarefas, mas também o tipo de atenção que ele requer, e que, muitas vezes, dispensa o uso de técnicas e

procedimentos: implica em perceber-se como importante para o profissional, e que este está realmente ‘presente’ durante a interação que se processa no momento da assistência.

Dessa interação, não somente o paciente tem um ganho em sua assistência, mas também os profissionais que o assistem. É também nesse contexto relacional que as RS se propagam e se fortalecem, determinam condutas e dão identidade aos grupos sociais (JODELET, 2003 *apud* CRUZ, 2003). Isso pode ser visto nos depoimentos a seguir:

[...] O sentimento de estar ao lado do paciente é muito, muito importante (6). [...] Na verdade [...] aprendemos a não desistir (13). [...] aprendemos com o paciente (17).

VI) Requisitos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer ancorados na Valorização da SAE (RNPvsa):

Os depoimentos denotam que as enfermeiras percebem que a SAE contribui para melhoria do cuidado e fortalece a integração da equipe de enfermagem:

[...] é super-importante a gente perceber que os funcionários estão mais interessados no plano de cuidados (2). [...] É muito importante desenvolver a sistematização da assistência (13). [...] A Oncopediatria já abriu com a SAE (17). [...] Montamos agora uma comissão de SAE, que vai definir os impressos a serem usados (17).

Apesar da relevância destacada pelas entrevistadas da utilização da SAE para uma assistência de qualidade, as falas sinalizam para um agir que não é contemplado, muitas vezes, por uma atuação sistematizada. Na prática diária percebe-se um agir que, embora demonstre conhecimento da sistematização, não acontece de forma intencionalmente fundamentada.

[...] Vemos todos os lados planejamento da assistência [1]. [...] planejamos a assistência de enfermagem como um todo [4]. [...] fazemos um pouco de tudo nesse universo onde mil coisas acontecem [...] Não deveria ser assim (8). [...] fazemos mais uma coisa de momento (14). [...] não temos uma programação (14).

As falas acima sinalizam para uma atuação assistemática, onde muitas vezes a enfermeira na contingência da resolução de problemas, tem que priorizar as ações de enfermagem e o planejamento da assistência fica condicionado à prescrição médica, que, por sua vez, não pode contemplar os cuidados para os problemas de enfermagem que possivelmente seriam identificados.

A SAE e seu registro no prontuário do paciente é uma característica da enfermagem moderna, representando uma conquista para os profissionais e para os pacientes, refletindo, quando não executada e registrada, na perda das ações das enfermeiras no tempo e no espaço e dificultando a interação com a equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, afetando a qualidade da assistência oferecida ao paciente com câncer (GARGIULO *et al*, 2007).

O COFEN, através da Resolução 193/2004, norteia o dimensionamento de pessoal, por especificidade da área e através do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Para realizarmos um cálculo na organização em estudo, teríamos que fazê-lo unidade por unidade, observando além da diversidade de especialidades, a questão do número de pacientes idosos, que implica num índice de segurança técnica apropriado, o perfil de gravidade dos pacientes, entre outros.

Foi destacado pelas informantes o perfil dos pacientes que buscam a organização estudada: muitos com doença em estágio avançado, com indicação de cuidados paliativos. Isso requer um tipo de assistência individualizado, mas sistematizado, que possa atender às necessidades desses pacientes.

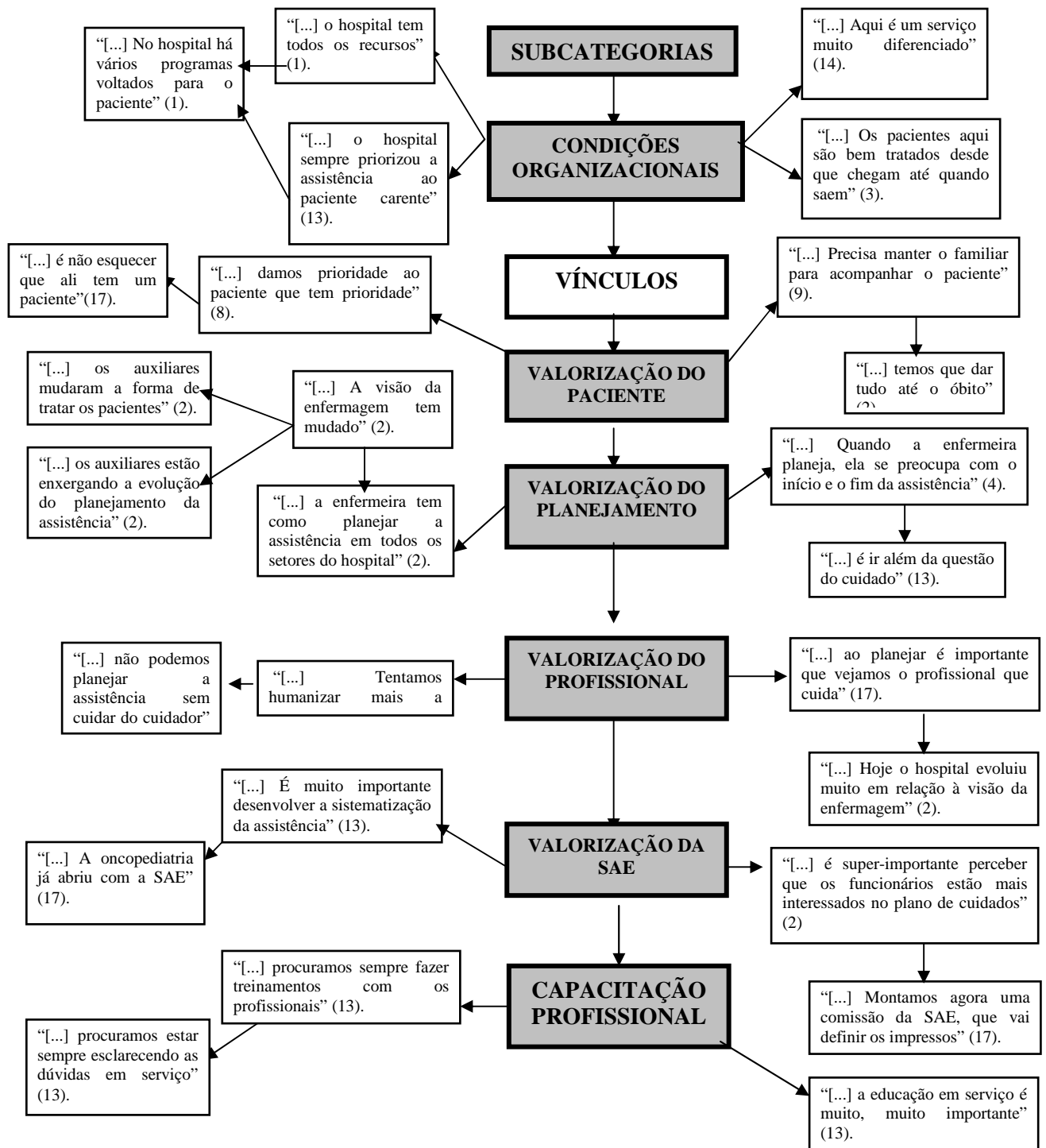
A SAE se encontra em fase de implantação em algumas unidades da organização, mas em uma fase mais avançada na UTI, como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

[...] Existe uma sistematização da assistência de enfermagem na UTI (6). [...] na UTI há espaço para discutirmos o caso do paciente (7). [...] na UTI a enfermeira planeja a assistência para 24h [...] geralmente à noite (11). [...] geralmente o plano de cuidados numa UTI muda mais rápido do que numa unidade oncológica (13). [...] A SAE começou na UTI, com exceção do diagnóstico de enfermagem (17).

A UTI possui algumas semelhanças com uma unidade oncológica: a gravidade dos pacientes, a instabilidade hemodinâmica, a presença da família com suas demandas, a busca da recuperação do paciente, quando nem sempre isso é possível, ter que conviver com alta taxa de mortalidade e com cuidados paliativos. Em se tratando de uma UTI oncológica, estas características são mais marcantes, visto que se trata de um paciente grave com uma doença às vezes incurável, mas que precisa ser estabilizado.

Contudo, a UTI representa uma área de alta complexidade, grande investimento tecnológico, de grande visibilidade por parte dos gestores em vista dos custos envolvidos. Provavelmente esses são fatores que, aliados ao fato de ser um setor fechado, com um grupo de enfermagem mais coeso e melhor dimensionado, falam a favor de uma priorização pela implantação da SAE nessa área.

A seguir, a síntese da análise da Categoria 2 e respectivas subcategorias com as principais unidades constituem o Esquema 10.



Esquema 10 – Síntese da Análise da Categoria 2 – Requisitos Necessários ao Planejamento da assistência ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

5.4.3 3ª Categoria – Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (ANP)

Essa terceira categoria se refere às qualidades principais necessárias para o desenvolvimento da atividade de planejamento da assistência, e foi a mais relevante no quantitativo geral, com 341 unidades de análise, correspondendo a 34,1% . Foram identificadas duas subcategorias: atributos profissionais (ANPpro) e atributos pessoais (ANPpes).

Nóbrega (2003) afirma que o enraizamento de um objeto e sua representação em um grupo está inscrito em uma rede de significações, nos quais são articulados e hierarquizados os valores culturais existentes. Assim, os núcleos de significados encontrados nos discursos das entrevistadas estão de acordo com o que foi postulado pela autora, onde o planejamento da assistência de enfermagem envolve atributos ligados a valores e formação sobre o objeto em destaque.

I) Atributos profissionais necessários ao planejamento (ANPpro):

Através do conhecimento do senso comum, essa subcategoria revela a significação e sua importância para o planejamento. As depoentes evidenciam elementos que refletem e garantem a competência profissional no desempenho dessa atividade, nos quais o conhecimento, a experiência, a responsabilidade e a supervisão se destacaram.

a) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados no conhecimento profissional (ANPcon)

Nesse aspecto, a construção do senso comum está direcionada para o processo evolutivo do conhecimento necessário à essa atividade, demonstrando também sua relevância como atributo essencial para o seu desenvolvimento. Ou seja, existe uma relação intrínseca entre com o conhecimento científico e o planejamento da assistência, de modo a subsidiar-lhe frente às peculiaridades do paciente, da doença, do tratamento, ente outros.

As enfermeiras percebem que quando bem direcionados seus conhecimentos podem conduzir a um planejamento da assistência que garanta uma excelência no serviço, mesmo diante das limitações que se apresentem. Isso está explícito nas assertivas que se seguem:

[...] tem que ter conhecimento científico para embasar o planejamento (1). [...] a oncologia é uma área que exige conhecimento especialização (1). [...] o primordial é saber o nível de conhecimento desse paciente para [...] fazer um planejamento individualizado (5). [...] a enfermeira precisa saber o tipo de câncer que está lidando [...] tem detalhes que são bem específicos (11). [...] é ver as condições do paciente em se tratar (13).

As entrevistadas, assim como os demais profissionais de enfermagem, deparam-se a cada dia, com demandas mais complexas do ser humano. Ao tentar acompanhar as transformações que vêm acontecendo no mundo do trabalho, que conseqüentemente se refletem no seu processo de trabalho, elas têm que procurar outras áreas do conhecimento, que extrapolam aquelas de sua formação original.

[...] tem enfermeiro especialista em dor na Oncologia (1). [...] temos pouco conhecimento sobre a nomenclatura para malignidade (1). [...] O paciente oncológico tem [...] sintomas que o diferenciam de outros clientes (2). [...] o planejamento da assistência é exatamente [...] saber o que está previsto para o paciente (11). [...] a enfermeira precisa saber o tipo de câncer que está lidando [...] tem detalhes que são bem específicos (11). [...] é saber a extensão da doença [...] e o prognóstico (11). [...] É um paciente que opera, faz quimioterapia, faz radioterapia (17).

As depoentes verbalizaram a importância do conhecimento científico para embasar sua atuação no cotidiano, paradoxalmente, entretanto, muitas possuem vários anos de experiência (63,41% têm entre 6 e 20 anos de formadas) e atuam há alguns anos na organização (53,65% têm entre 6 e 20 anos) e não buscaram especializar-se nesta área (apenas 13,04% das entrevistadas). Essas lacunas aparecem em algumas falas:

[...] a oncologia é uma área que exige conhecimento especialização (1). [...] temos pouco conhecimento sobre a nomenclatura para malignidade (1). [...] acho que os registros de enfermagem ainda estão um pouco “pobres” (13). [...] sinto falta de um melhor conhecimento dos níveis de toxicidade da QT (13). [...] o conhecimento quanto ao planejamento ainda está muito superficial (13).

Menezes (2006) também salienta que é extremamente importante o desenvolvimento de ações, atitudes e comprometimento com base em conhecimento científico, experiências, intuição e pensamento crítico por parte da enfermeira na assistência ao paciente com câncer. Isto porque a atuação desta profissional, a sua agilidade no encaminhamento desse paciente, a

adequação das condutas diagnósticas e terapêuticas diante da suspeita diagnóstica, poderão repercutir na possibilidade de cura deste paciente, na sua sobrevivência e qualidade de vida.

b) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados no conhecimento sobre o paciente (ANPcpa)

Nos discursos das enfermeiras podemos apreender que a convivência com o sofrimento dos pacientes, o prognóstico muitas vezes reservado, a dor dos familiares, os medos e inseguranças são situações que criam uma relação cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que promove crescimento pessoal (LEOPARDI, 2006).

Ou seja, para planejar a assistência é necessário todo um cabedal de conhecimentos de vida que estão aí envolvidos, seja em relação ao paciente, seja em relação aos profissionais que executam o cuidado, que muitas vezes também necessitam de suporte para desenvolver adequadamente suas atividades cotidianas. Isso fica evidente nas falas a seguir:

[...] não existe mais aquela coisa de que quem tem câncer de mama é aquela idosa que não fez exame e não se cuidou (1). [...] a dor no paciente oncológico não melhora somente com a medicação (2). [...] alguns pacientes oncológicos nem sabem o que têm [...] e já vêm deprimidos (3). [...] os pacientes com câncer e outros que se deparam com a morte, vivenciam algo mais (4). [...] temos que considerar que nem todo paciente com câncer é igual (6.)

c) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados no conhecimento sobre a doença (ANPcda)

O diagnóstico e o tratamento do câncer abalam não somente ao paciente, mas a toda sua família, que se vê diante da necessidade de reorganizar-se de modo a enfrentar os desafios que se apresentam nesse momento.

De um lado há uma demanda afetiva por parte do paciente, que requer carinho e atenção, ainda que muitas vezes reaja preferindo o isolamento; do outro lado, há um conjunto de fatores internos e externos, como os de ordem econômica, além da representação social negativa da doença, exacerbação de conflitos familiares, sem falar nas mudanças físicas e psíquicas às quais esses pacientes estão submetidos (BARBOSA, XIMENES e PINHEIRO, 2004).

[...] a maioria dos casos aqui é de câncer avançado (1). [...] a morte aqui é uma coisa muito clara (1). [...] muitos já sabem que estão com aquela doença (2). [...] É uma doença que tira

muita coisa do paciente (7). [...] percebo que a doença oncológica está ligada à história dos pacientes (8). [...] é saber se preparar para a doença (11).

Os depoimentos deixam claro que os aspectos enfocados não dizem respeito somente ao paciente e sua família, e reconhecê-los e vivenciá-los junto a eles, pode permitir à enfermeira realizar um planejamento mais adequado às suas necessidades.

d) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados na responsabilidade (ANPres)

As falas abaixo expressam os valores atribuídos pelas informantes ao planejamento realizado por elas, quando tentam considerar o paciente na sua individualidade, sem, contudo, perder de vista que a responsabilidade é uma característica indispensável no seu fazer profissional e desempenha papel fundamental na prática de planejamento da assistência, tendo aparecido como um dos componentes do NC das representações das enfermeiras.

[...] temos que estar atentas para que o tratamento flua sem maiores complicações (13). [...] Procuramos ver se os funcionários estão seguros do que estão fazendo (13). [...] temos que atender à família, para que ela ajude e encoraje o paciente nesse processo de adoecer (17). [...] é não esquecer os cuidados que devemos ter com o paciente (17).

Desse modo, a responsabilidade ao aparecer como um atributo fala a favor de uma atitude importante para o planejamento da assistência, já que envolve a preocupação com o fazer bem feito, com a segurança do paciente, do profissional, com a dignidade do paciente.

[...] O planejamento da assistência não pode deixar a enfermeira mais distante do paciente (8). [...] o paciente deve ser visto com respeito à sua dignidade (8). [...] mesmo sendo doloroso, os profissionais sabem que se não fizerem o tratamento, o paciente não vai melhorar (13).

e) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados na experiência (ANPexp)

Para Mora (1998, p.263), a experiência consiste na “[...] apreensão por parte de um sujeito de uma realidade, uma forma de ser, um modo de fazer, uma maneira de viver [...] um modo de conhecer algo imediatamente antes do juízo formulado acerca do apreendido”.

O conhecimento e a experiência também são estratégias muito usadas pela enfermagem para alcançar uma assistência de qualidade. O saber que se origina no cotidiano

aliado ao suporte teórico sinaliza a necessidade de resolução das limitações, propiciando um cuidado melhor fundamentado (GARGIULO *et al*, 2007).

[...] como enfermeira assistencial em oncologia adquirimos muito conhecimento (1). [...] o paciente cirúrgico, quando sente dor, toma medicação e melhora. O paciente com câncer, não (2). [...] já trabalhei com obstetrícia, era outra coisa [...] era “vida” que via todos os dias (2). [...] o planejamento tem alterações durante o dia [...] depende muito do olho clínico da enfermeira (11). [...] a assistência de enfermagem tem um momento [...] que muda (11),

O senso comum acerca da experiência, na fala das entrevistadas, faz relação com sua vivência profissional em outras unidades, traçando um comparativo entre os diversos tipos de pacientes, e, muitas vezes retrata a concepção que trazem acerca do paciente com câncer.

Moscovici (2003) refere que a experiência está vinculada à estória das pessoas, e é partilhada na conversação, como uma maneira de se relacionar e se comunicar. Assim, essas experiências partilhadas pelas enfermeiras frente ao planejamento da assistência ao paciente com câncer podem direcionar suas atitudes frente à sua prática, positiva ou negativamente.

f) Atributos profissionais necessários ao planejamento ancorados na supervisão (ANPsup)

Esta subcategoria refere-se ao que as depoentes expressam como sendo uma atividade inerente ao seu exercício profissional, e na qual podemos relacionar com uma das etapas do processo de enfermagem, que requer avaliar o resultado da assistência executada, o que pode ser visto nas afirmações a seguir:

[...] a enfermeira tem que estar ao lado do paciente grave, atuando e supervisionando a equipe (9). [...] tentamos supervisionar todos os funcionários (13). [...] a vigilância é um dos cuidados de enfermagem fundamentais na hora da administração da QT (13)

A supervisão está atrelada ao senso de responsabilidade destacado pelas depoentes, visto que muitas das atividades da enfermeira são delegadas a outros profissionais de sua equipe, o que gera implicações éticas e legais no exercício de sua profissão. Podemos observar que os atributos profissionais evidenciados fazem correlação entre si, visto que um demanda a existência do outro.

II) Atributos pessoais necessários ao planejamento (ANPpes)

Essa subcategoria, como nas categorias periféricas do núcleo central, põe em evidência as qualidades pessoais necessárias para atuação na oncologia, especificamente na atividade de planejar a assistência.

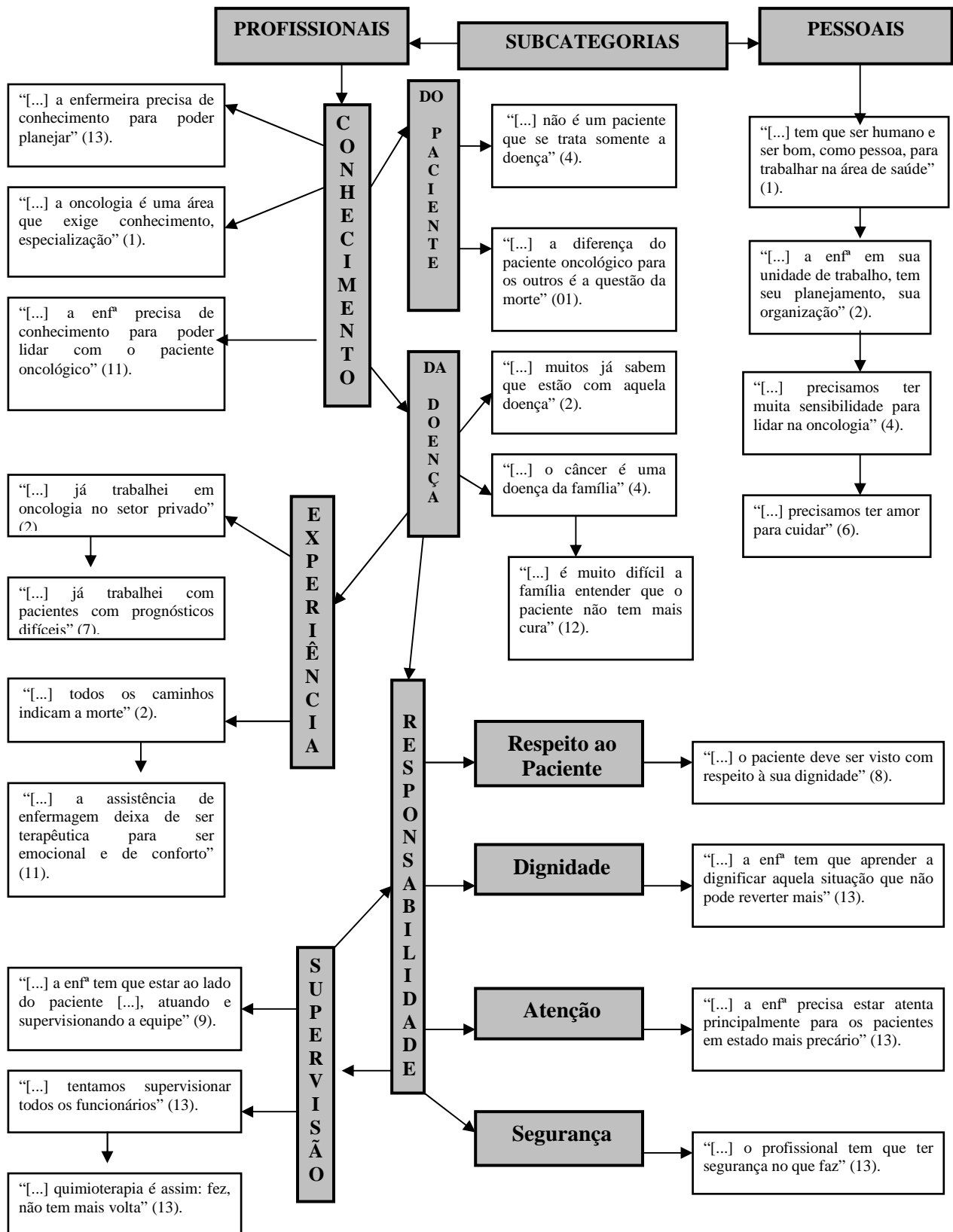
[...] tem que ser humano e ser bom, como pessoa, para poder trabalhar na área de saúde (1). [...] a enfermeira deve ter a consciência tranqüila naquilo que faz (1). [...] precisamos ter toda a sensibilidade para lidar com o paciente com câncer (6). [...] aqui não há lugar para quem não tem compromisso (7). [...] as pessoas aqui são dedicadas (13). [...] as pessoas aqui procuram dar o melhor de si no trabalho (13). [...] temos que aprender a nos preparar para a morte (13).

Os depoimentos demonstram os sentimentos envolvidos no processo de planejar/assistir ao paciente com câncer, pois, a forma como a enfermeira e sua equipe interagem e se comunicam com o paciente e sua família, buscando visualizá-lo integralmente, poderá refletir na maneira como eles irão se conduzir durante o tratamento.

Como foi evidenciado na estrutura da RS, no sistema periférico, dentre os atributos pessoais destacados pelas informantes estão o respeito, o carinho, o conforto, sensibilidade e gratificação. Esses elementos representacionais podem garantir os aspectos afetivos e humanísticos do planejamento da assistência para as entrevistadas.

Isso vem de encontro ao que é postulado por Moscovici (1978), quando diz que é importante as enfermeiras determinarem para si estratégias de orientação da vida profissional, baseadas nos sistemas de valores, crenças e atitudes que orientam seus comportamentos. Nesse sentido, tais elementos dariam sustentação ao planejamento humanizado que foi evidenciado no NC.

A seguir, a síntese da análise da Categoria 3, com as respectivas subcategorias, conforme Esquema 11.



Esquema 11 – Síntese da Análise da Categoria 3 – Atributos Necessários ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

5.4.4 4ª Categoria – Fatores Intervenientes ao Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (FIP)

Esta categoria faz referência às representações sociais relacionadas aos fatores que as depoentes encontram no cotidiano e que se interferem positiva ou negativamente no planejamento da assistência ao paciente com câncer. Nesta categoria foram apreendidas duas subcategorias: fatores facilitadores (FIPfac) e fatores limitantes (FIPlim).

O termo facilitador está relacionado a *facilitar*, que segundo Michaelis (2008, p. 378) refere-se a “tornar fácil, auxiliar, ajudar”. Quanto ao termo limitante, está relacionado a *limitar*, que, de acordo com Michaelis (2008, p. 522) diz respeito a “servir de limite, diminuir, restringir”. Ampliando esses significados para o objeto de nosso estudo, podemos dizer que os fatores facilitadores são aqueles que propiciam o alcance dos objetivos, ao passo que os fatores limitantes se caracterizam como condições restritivas ou impeditivas de atingi-los.

Nesta categoria foram apreendidas as duas subcategorias que serão descritas a partir das concepções das informantes.

I) Fatores intervenientes no planejamento da assistência ancorados nos facilitadores (FIPfac)

Nesta subcategoria, através do conhecimento do senso comum, observa-se que os fatores facilitadores destacados pelos sujeitos estão relacionados ao planejamento da assistência de enfermagem, referem-se ao vínculo enfermeira-paciente, à baixa rotatividade de profissionais de enfermagem, à questão da humanização no serviço, à importância do trabalho em equipe e à valorização da organização em que trabalham.

[...] o hospital tem melhorado muito [...] já tem a oncopediatria (2). [...] temos um grupo de humanização no hospital (2). [...] o paciente sabe que pode procurar a enfermeira para tirar dúvidas (4). [...] Aqui a equipe de enfermagem colabora (9). [...] Se todas as profissionais de enfermagem já souberem o processo de trabalho, engrenam (13).

Pode-se inferir que a maioria dos fatores destacados como facilitadores na verdade dizem respeito às condições de trabalho consideradas como ideais numa organização hospitalar, cuja ausência automaticamente se reverteria em fator limitante.

II) Fatores intervenientes no planeamento da assistência ancorados nos limitantes (FIPlim)

Os profissionais que trabalham com pacientes oncológicos estão expostos a situações geradoras de conflitos: perdas constantes por morte; pressões relacionadas à cura e longevidade; o trabalho constante com doentes graves e a tristeza da família e pacientes, o que leva a um vínculo maior com o problema vivido. Isto pode gerar um sentimento de impotência no profissional diante da doença, que pode traduzir-se em revolta ou abatimento (COSTA; LUNARDI e SOARES, 2003).

Nesta categoria foram identificados fatores de diversas origens que podem estar limitando o planeamento da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, a sua execução. Os sujeitos evidenciaram em suas falas alguns fatores que poderiam, contudo, ser interpretados como desafiantes e não limitantes, pois requerem da enfermeira uma mudança de atitude frente ao paciente e família, e à própria forma de desenvolver a sua prática.

Assim, identificamos como *limitantes* os fatores mais ligados à questão gerencial, como a centralização da administração do cuidado na enfermeira, a implantação parcial da SAE, o treinamento limitado dos profissionais, o número reduzido de funcionários, a sobrecarga de trabalho, como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] Os atestados médicos de funcionários são corriqueiros aqui (1). [...] Planejar a assistência [...] às vezes é um pouco complicado, por causa do quantitativo de pacientes (5). [...] existe suporte psicológico somente para o paciente (9). [...] vejo muitas vezes que a enfermagem dentro da oncologia não tem preparo para cuidar desse paciente (11). [...] Treina-se, e daqui a pouco já mudou a equipe (13). [...] não temos pessoal de enfermagem suficiente (14). [...] o dimensionamento de pessoal ainda é um empecilho para a completa implantação da SAE (17).

Para que os trabalhadores possam usar e desenvolver suas habilidades e capacidades são necessários: autonomia no trabalho, utilização de múltiplas habilidades, informação e perspectiva de crescimento profissional, realização de tarefas completas e planeamento das atividades. Ressaltando ainda que é importante que o trabalhador tenha a possibilidade de autodesenvolvimento, aquisição de novos conhecimentos e oportunidades de promoções e segurança no emprego (WALTON, 1973 *apud* QUEIROZ, 2008).

As *condições de trabalho* representam o conjunto de fatores que podem ser denominados como exigências da organização, execução, remuneração e ambiente do trabalho – capazes de determinar a conduta do trabalhador. Desse modo, o indivíduo responde

com a execução de uma atividade ou conduta passível de ser analisada sob diferentes aspectos (ABEN, 2006).

Como bem ressalta Queiroz (2008), as organizações que objetivam um melhor desempenho, investem em processos de qualidade, incentivando a responsabilidade pelo trabalho, mas também integrando as necessidades individuais e organizacionais. Pois, como reitera Lima (1996), citado pela autora, as pessoas não devem ser consideradas peças adaptáveis de uma máquina, mas como seres complexos que têm necessidades também complexas e que precisam ser satisfeitas para assegurar o bom desempenho organizacional.

A filosofia dessas organizações refere-se aos valores sociais que possui e norteia a sua existência. Para Cianciarullo (1996), ela se caracteriza pelo reconhecimento implícito das potencialidades do indivíduo e sua família, na participação de ações relacionadas à sua saúde, pelos direitos do paciente de receber melhor assistência possível e pelos valores profissionais da enfermagem.

Para a autora, na enfermagem, observa-se que as organizações que têm como base sólida, têm tido uma respeitável qualidade de assistência prestada. A filosofia faz com que todos os membros da equipe tenham um rumo norteador, caminhando com o mesmo objetivo.

O gerenciamento do cuidado passa por decisões compartilhadas, partindo da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade. Cada profissional visualiza, percebe e planeja a assistência à saúde baseado na individualidade do sujeito a ser cuidado, nas suas necessidades, adequando-as ao contexto e às condições humanas e materiais na unidade de saúde (NÓBREGA, 2006).

Nesse sentido, não há dissociação das dimensões cuidar e gerenciar, já que elas precisam estar integradas para que as ações se direcionem ao atendimento das necessidades do indivíduo. Contudo, essa dicotomia persiste no nosso cotidiano, o que muitas vezes se reverte em justificativa para a falta de tempo para o desenvolvimento das atividades assistenciais ou gerenciais.

A *sobrecarga de trabalho* foi apontada pelas informantes como limitante para o planejamento da assistência, tendo em vista o número de pacientes, a necessidade de priorização de tarefas, o número reduzido de funcionários:

[...] O planejamento para 42 pacientes não é perfeito (7). [...] é difícil se fazer um planejamento, uma sistematização, quando se tem mais de uma unidade para cobrir (8). [...] a assistência num turno de 6h limita a enfermeira a fazer uma seleção de cuidados (8). [...] geralmente ficam duas ou três enfermeiras, à noite, para cobrir as unidades abertas (12). [...] não tem como a enfermeira fazer o planejamento para 38 pacientes (12). [...] não tem como a

enfermeira fazer o planejamento para 38 pacientes (12). [...] E o número de auxiliares de enfermagem também se reduz à noite (12). [...] não conseguimos dar conta (14).

Guimares *et al* (2002) ressaltam que algumas das tarefas administrativas executadas pelo enfermeiro poderiam ser realizadas por outro profissional treinado, quando então ele teria mais tempo para se dedicar à coordenação da assistência, considerando a avaliação das necessidades do paciente, a elaboração do plano de cuidados e a capacitação da equipe de enfermagem.

As autoras complementam que os argumentos de escassez e falta de preparo do pessoal técnico, não devem ser impeditivos para a execução do planejamento da assistência, pois se entende que este é um dos meios pelos quais se pode garantir um cuidado integral ao paciente. Assim, o plano de cuidados se constitui num excelente instrumento para a educação em serviço, acompanhamento e avaliação da assistência prestada, configurando-se em um instrumento gerencial.

Além disso, a *rotatividade dos funcionários* foi citada por uma das depoentes como um fator dificultador no processo assistencial, como pode ser visto nas falas a seguir:

[...] temos uma rotatividade maior de funcionários na unidade de internação (13). [...] Treina-se, e daqui a pouco já mudou a equipe (13). [...] a enfermeira fica no mesmo processo o tempo todo (13). [...] a enfermeira não consegue estabelecer uma linha de trabalho (13).

Ao analisarmos o que foi destacado pelas depoentes, observa-se que a identificação do profissional de enfermagem com a área de atuação é importante para aquisição de experiência, além de proporcionar segurança para o paciente e para a equipe, mas existem fatores que estimulam os profissionais a permanecerem em uma organização, que dizem respeito ao tipo de paciente e à proposta de trabalho dessa organização.

A educação em serviço faz parte do papel da enfermeira; o que dificulta o processo num ambiente de alta rotatividade de profissionais é o fato de estar aliada à diversidade de outras atividades que tem que desempenhar no cotidiano. Isso faz com que perceba essa atividade como algo mais a fazer.

No que se refere ao *quantitativo de funcionários*, parece haver um consenso entre as entrevistadas quanto à existência de déficit de pessoal, que compromete o planejamento e execução da assistência.

[...] a enfermeira tem que priorizar até pelo quantitativo de funcionários que está lhe auxiliando (9). [...] aqui a demanda de pacientes é muito grande (13). [...] considero que a quantidade insuficiente de funcionários interfere na assistência (14). [...] não temos pessoal

de enfermagem suficiente (14). [...] mas há necessidade de um maior número de profissionais de enfermagem para implantar a SAE (17).

Contudo, este dado não pode ser generalizado, pois a distribuição de profissionais por turno não é uniforme nas unidades, havendo remanejamento entre os setores quando necessário, e não foi objeto deste estudo o dimensionamento de pessoal nessa organização oncológica.

Na opinião de uma das entrevistadas, inclusive, existe a dúvida se o quantitativo de funcionários é insuficiente ou se é necessária maior capacitação e melhor acompanhamento desses profissionais por parte das enfermeiras, o que é corroborado por outra enfermeira quando destaca a importância do treinamento:

[...] talvez devêssemos treinar mais o quantitativo de funcionários que temos (9). [...] temos pouco tempo para acompanhar os funcionários que chegam (9). [...] Tenho dúvidas de que o aumento de funcionários resolvesse o problema (9). [...] não se encontram profissionais de enfermagem prontos na área de oncologia (13). [...] Temos que começar do zero, temos que treinar todos (13). [...] ter baixa rotatividade de profissionais inspira confiança nos pacientes (13). [...] treina-se até se conseguir novamente que os profissionais desenvolvam bem o trabalho (13).

Nesse sentido, vem à tona a contradição já destacada anteriormente, onde as enfermeiras ressaltam a relevância da qualificação das profissionais de nível médio, mas não discutem sobre a própria atualização ou aperfeiçoamento.

Rossi e Silva (2005) asseveram que parece haver uma dificuldade, uma acomodação e certa passividade de alguns profissionais diante da necessidade de atualizar sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer, e, principalmente novas formas de ser no trabalho.

Isso certamente pode comprometer a visibilidade que se tem da profissão e, principalmente da enfermeira, na função que desempenha ao coordenar a assistência. Desse modo, o planejamento dessa assistência pode permanecer vinculado apenas a uma prescrição médica e não ao diagnóstico de enfermagem cientificamente embasado.

Apareceu na falas dos sujeitos a questão da *dificuldade da implementação da SAE*, que pode estar relacionada à diversidade de etapas do PE, da abrangência da coleta de dados, das diversas taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados e à dificuldade em mensurar os resultados da assistência prestada.

[...] a sistematização é um processo difícil (5). [...] pensa-se que é fácil organizar a SAE, mas é difícil (5). [...] Não deveria ser assim, pois não temos intimidade com o impresso do outro

setor (5) [...] não há continuidade dos registros (5). [...] os impressos diferenciados geram dificuldade em achar informações (5). [...] na UTI o quantitativo de enfermagem é maior, então o planejamento é melhor direcionado (5). [...] o paciente sai de uma assistência sistematizada na UTI e vai para a unidade de internação onde o controle não é o mesmo (6). [...] sinto falta de uma sistematização mais concreta e efetiva da assistência (13).

Assim, se considerarmos que a execução da SAE depende de empenho dos diversos atores envolvidos no processo, é preciso observar que as condições oferecidas pela organização têm uma relação direta com a atitude evidenciada pela enfermeira no desempenho dessa atividade. Pois, assegurar uma assistência de qualidade ao paciente com câncer, a partir de um planejamento individualizado e humanizado, requer considerar o profissional que está à frente dessa atividade, com suas especificidades e demandas próprias.

Apesar de ter aparecido explicitamente apenas em poucos depoimentos, as dificuldades apontadas pelas entrevistadas podem ser comuns a outras profissionais. Numa reflexão teórica elaborada por Carvalho *et al* (2007) acerca dos obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil, as autoras encontraram três categorias de dificuldades para a utilização do PE nos dias atuais: aquelas que estão relacionadas a fatores inerentes à sua própria estrutura, ao cenário ensino-aprendizagem e ao cenário da prática assistencial.

Elas pontuam, ainda, que a implantação dependerá das características organizacionais, incluindo a sua política, da liderança e autonomia da enfermagem, da socialização do conhecimento sobre o tema, da qualidade da comunicação e da vontade de se mudar a forma de assistir.

Nessa linha de raciocínio, a implementação do PE pode permitir maior visibilidade à enfermagem, a partir do momento em que a enfermeira, respaldada no conhecimento, desenvolver sua autonomia profissional, promovendo maior qualidade à assistência prestada. Para tanto, é preciso considerar, contudo, que a implantação da SAE envolve o comprometimento da enfermeira na sua função de coordenadora da assistência e sua equipe na efetivação desta, valorizando o processo de trabalho.

Hermida e Araújo (2006) trazem, no estudo que realizaram, algumas etapas que podem subsidiar as enfermeiras no processo de implantação da SAE: reconhecimento da realidade institucional; sensibilização de toda equipe de enfermagem para a implantação da SAE; definição da missão, filosofia e objetivos do Serviço de Enfermagem da instituição; preparo intelectual (teórico) da equipe de enfermagem para a SAE; definição do referencial teórico; elaboração dos instrumentos do PE; preparo prático para a implementação da SAE.

Outro fator limitante destacado pelas informantes diz respeito à *permanência dos acompanhantes nas 24h*, situação que só é permitida para os pacientes mais graves. A ausência de condições na organização para permanência de acompanhantes para todos os pacientes pode gerar insatisfação e conflitos.

[...] há um número reduzido de cadeiras para os acompanhantes (1). [...] A família pode ou não permanecer com o paciente à noite (12). [...] a quantidade de cadeiras é insuficiente para o total de solicitações de acompanhantes (12). [...] Isso muitas vezes cria impasses com os acompanhantes (12). [...] os acompanhantes muitas vezes se recusam a deixar seus familiares (12). [...] não temos condições de manter um acompanhante na sala durante a QT (13).

Se considerarmos o planejamento da assistência de enfermagem focado na humanização, como foi evidenciado no NC, essa situação vivenciada pelos pacientes e seus acompanhantes, contradiz com a visão das enfermeiras, destacada nas falas abaixo:

[...] porque o paciente precisa desses elos para se fortalecer (4). [...] quando o paciente adoecer, a família adoecer junto (13). [...] Quando houver estrutura para receber o acompanhante vai ser bom [...] vai ser melhor (13). [...] Temos que atender às pessoas que estão cuidando desse paciente (17). [...] o objetivo maior é esse: o paciente (17).

Quanto aos fatores que dizem respeito à interação com pacientes e familiares, e aqueles que envolvem questões afetivas e cognitivas, consideramos como **desafiantes**, pois eles fazem parte do cotidiano da enfermeira e que devem buscar formas de lidar com eles, ou mesmo estratégias de enfrentamento, de modo que tais dificuldades possam ser superadas ou minimizadas. As assertivas abaixo exemplificam bem estas dificuldades:

[...] muitos pacientes vêm pensando que vão morrer (5). [...] ele não liga mais para o que está acontecendo com ele (6). [...] muitas vezes a enfermeira vê o paciente na cama [...] não vê o ser humano (8). [...] A carga maior fica com a enfermeira [...] devia ser dividida com toda equipe de enfermagem (9). [...] Quando lidamos com o paciente terminal é que é mais complicado (11). [...] a família exige muito da enfermagem, porque o médico na maioria das vezes, não está lá (12). [...] A família cobra muito mais da enfermagem (12). [...] pode não ser possível o familiar permanecer com o paciente (12). [...] quando o paciente adoecer, a família adoecer junto (13). [...] Às vezes parece que há o desejo do enfermeiro em não estar na assistência (17).

Essas assertivas confirmam as acepções de Oliveira e Alvarenga (1993) quanto à complexidade das relações nas quais as enfermeiras participam o ponto de vista profissional, o contexto organizacional e as demandas trazidas pela população atendida.

Possibilitam, ainda, a correlação com os aspectos teóricos defendidos por Moscovici (1992 *apud* Cruz, 2003), que salienta a inexistência de separação entre o universo interno e

externo, nos quais o sujeito ou grupo está inserido. Nessa perspectiva, essas representações podem estar interferindo positiva ou negativamente no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

Muitas das situações citadas pelas depoentes podem ser geradoras de sofrimento e insatisfação no desenvolvimento de sua prática, pois, como ressalta Delgado (2000, p. 139, *apud* Cruz, 2003): “[...] a desvalorização do trabalho, as dificuldades de relacionamento e a responsabilidade cotidiana são fatores que contribuem para o desgaste profissional”. Os depoimentos a seguir reforçam essa afirmação:

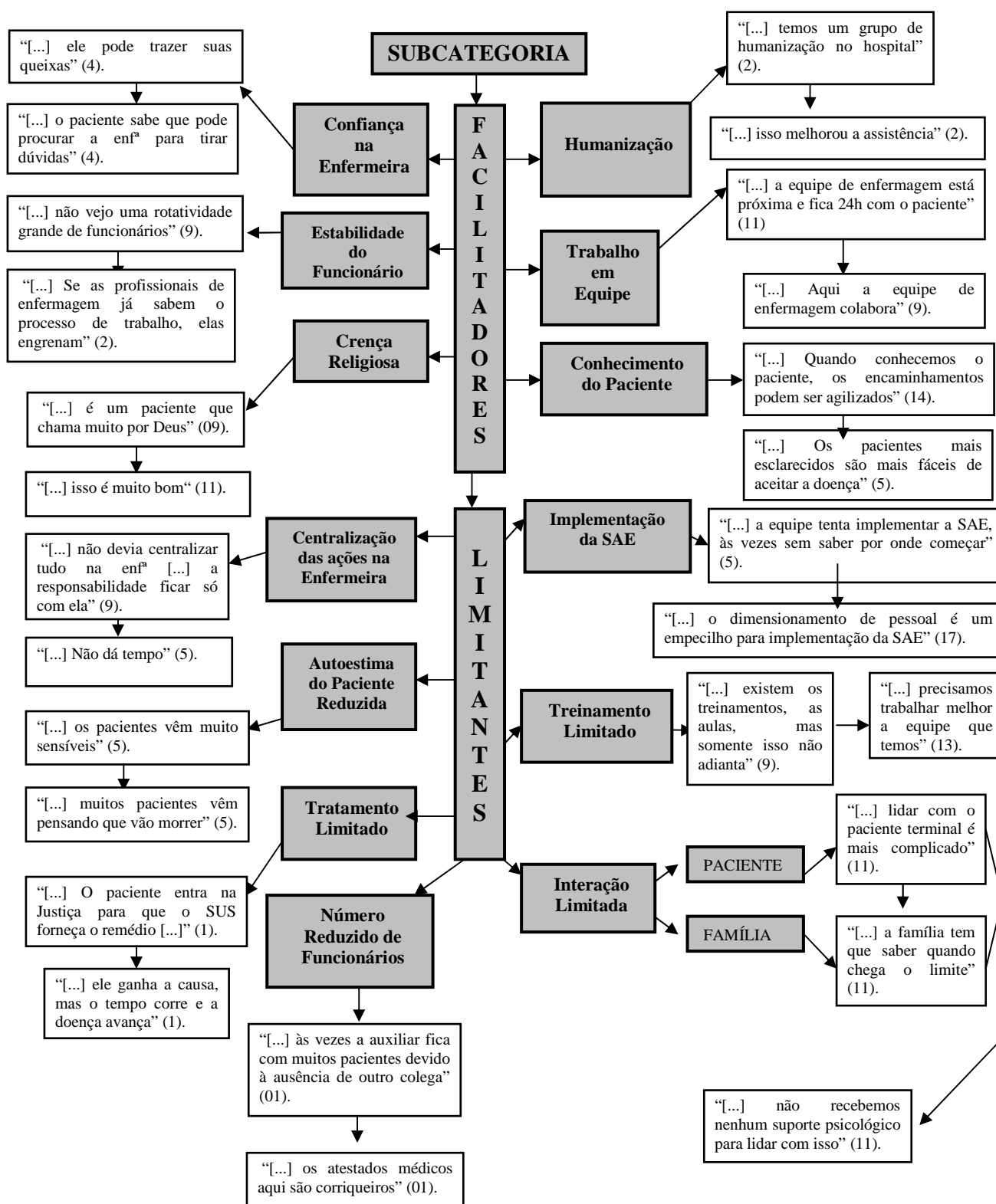
[...] eles têm depressão [...] pela ausência da família (2). [...] o paciente se vê um nada e vemos isso na maioria dos pacientes (8). [...] Temos nossas dificuldades, nossas limitações (8). [...] tudo pode acontecer a esse paciente em tratamento (13). [...] o pior é que nossos pacientes já chegam com doenças em estágio avançado (13). [...] aqui existem muitos problemas sociais (14). [...] como é o caso da psicologia [...] onde a enfermeira vê a necessidade do encaminhamento e não pode fazê-lo (14).

Popim (2001) em pesquisa realizada com enfermeiros oncologistas, evidenciou a presença de um desgaste físico ao lado de um desgaste emocional nesse grupo, aliado à busca por estratégias que os aliviasse dessa carga, como o lazer e a terapia individual. Demonstrou, ainda, a necessidade de espaços para discutir sentimentos, aliviar tensões e ajudar a falar sobre as coisas difíceis que faziam parte do seu cotidiano de trabalho.

Isto requer compreensão e intervenção por parte da organização, de modo a assegurar aos profissionais condições para que possam desempenhar melhor suas atividades e oferecer uma assistência mais humanizada.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de atenção aos aspectos destacados pelos sujeitos, sendo que muitos podem ser trabalhados como indicadores da qualidade da assistência prestada na organização.

A seguir, apresentamos a síntese da análise da Categoria 4, com as respectivas subcategorias, conforme Esquema 12.



Esquema 12 – Síntese da Análise da Categoria 4 – Fatores Intervenientes no Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

5.4.5 5ª Categoria – Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer (APP)

Esta categoria originou núcleos de significados que são respostas ou reações subjetivas de cada enfermeira, e estão vinculadas a sentimentos e emoções que fazem relação com o desenvolvimento do planejamento no seu cotidiano de trabalho. Esta categoria deu origem a três subcategorias: sentimentos (APPstt), satisfação (APPsat) e expectativa (APPexp).

I) Aspectos Psicossociais ancorados nos Sentimentos (APPstt)

Esta subcategoria deu origem a dois níveis: um relacionado aos sentimentos positivos (APPsep) e outro aos negativos (APPsen). Os depoimentos têm como vínculos os aspectos relacionados às características pessoais, a interação no grupo social e à identificação com a área de atuação. Sob esta perspectiva, os sentimentos positivos podem conduzir a uma melhor efetivação no planejamento e na sua execução.

a) Aspectos psicossociais ancorados nos sentimentos positivos (APPsep)

[...] é muito importante na área de oncologia a pessoa ter um astral positivo (1). [...] encarar isso tudo é uma lição de vida (2). [...] o profissional que valoriza o ser humano cresce muito mais (4). [...] O sentimento de estar ao lado do paciente é muito, muito importante (6)

b) Aspectos psicossociais ancorados nos sentimentos negativos (APPsen)

[...] às vezes me pergunto o que eles fizeram para sofrer tanto (6). [...] quando morrem, esses pacientes deixam uma ferida (6). [...] a enfermagem é pouco trabalhada nesse aspecto (11). [...] hoje nos confrontamos muito com a morte (13).

Estas falas denotam que as profissionais que atuam com o paciente com câncer requerem uma atenção especial no que diz respeito aos aspectos psicoafetivos, principalmente ao lidar com o processo de morrer de seus pacientes e familiares. As organizações de saúde devem estar atentas para seus profissionais, de modo a minimizar-lhes o desgaste emocional e, conseqüentemente o adoecimento psíquico.

[...] as pessoas vão se esquecendo de como é o sofrimento (11). [...] o sofrimento vai fazendo do trabalho algo rotineiro, automático (11). [...] defrontamo-nos com enfermeiros e auxiliares que emocionalmente se envolvem muito (13). [...] os profissionais fazem a medicação no maior sofrimento (13).

Ainda que observemos avanços no tratamento do câncer, as dificuldades no acesso ao tratamento levam os pacientes a chegarem com doença avançada. Desse modo, a enfermeira se vê instituindo medidas paliativas quando poderia estar atuando na reabilitação do paciente. Isso mobiliza sentimentos de frustração e impotência, como profissional e como pessoa também.

Para Maturama (2001), são as emoções que, em determinados momentos, durante a realização de uma atividade, definem sua forma particular de execução. Portanto, para compreendermos qualquer atividade humana, devemos estar atentos para o processo no qual tais atividades acontecem.

O paciente com câncer pode ter um prognóstico reservado ou sombrio, sem perspectiva de melhora ou cura. Outras vezes pode ter bom prognóstico, mas apresentar complicações decorrentes do tratamento. Isso muitas vezes pode levar à idéia de um trabalho em vão, sem fundamento. Vivenciar tais situações pode conduzir as enfermeiras à sensação de impotência e frustração, sofrimento e mesmo desmotivação. Isso pode ser visto nas falas abaixo:

[...] Às vezes ele chega numa fase avançada [...] faz-se tudo e não resolve (12). [...] quando o paciente está morrendo é pior ainda (12). [...] eles sofrem com o paciente que é acompanhado por eles e complica (13). [...] Às vezes a enfermeira fica frustrada com a assistência prestada (13).

Muito embora seja apontado que a escolha da área de atuação seja um fator que contribua para redução do desgaste emocional nos enfermeiros atuantes em oncologia, como mostrado no estudo de Quattrin *et al* (2006 *apud* Rodrigues, 2006), a pesquisa de Rodrigues (2006) demonstrou que os enfermeiros de sua investigação, apesar de terem optado pela especialidade, apresentaram desvios nas dimensões do *burn out*, o que sugere que este não seja um fator protetor contra o desenvolvimento da síndrome.

A autora acredita que essa diferença entre os enfermeiros estudados se deva aos estressores e estilos de *coping* utilizados por eles, não tendo sido possível realizar uma comparação entre os estudos.

McConnell (1982 *apud* Rodrigues 2006) assevera que os efeitos do *burn out* para o enfermeiro são diversos e sérios, e envolve custos pessoais, sociais e profissionais. Quanto aos custos pessoais, o enfermeiro pode se sentir incapaz de corresponder às suas expectativas,

com sentimentos de frustração, raiva, baixa energia, o que pode levá-lo ao abandono do emprego, da profissão ou ao uso de álcool e drogas.

Coadunando com McConnell, Gil-Monte (2003) destaca como conseqüências da síndrome de *burn out*, dentre os custos pessoais, quatro categorias: a) *índices emocionais*, com sentimentos de solidão, alienação, ansiedade e impotência; b) *índices atitudinais*, incluindo apatia, agressividade e cinismo; c) *índices de conduta*, como isolamento, distúrbios do humor e irritabilidade freqüente; d) *índices somáticos*: problemas cardiovasculares como taquicardia, hipertensão e palpitação ou respiratórios como crise asmática e taquipnéia; Também os imunológicos, com maior probabilidade de adquirir infecções, ou musculares como cervicalgias e dores lombares. E, finalmente, os digestórios, como náuseas e úlceras gastroduodenais.

Rodrigues (2006) ressalta ainda que os custos sociais podem gerar uma deterioração do cuidado aos pacientes, e pode haver perda de sentimentos positivos, empatia e respeito. Além disso, os custos financeiros decorrentes de demissões também se incluem no âmbito dos custos sociais.

Podemos dizer, no entanto, é que, independente do contexto e dos fatores estressores a que estão expostas as enfermeiras em oncologia e sua equipe, uma atenção especial deve ser dada a essas profissionais, considerando que as competências psicoafetivas e existenciais podem e devem ser desenvolvidas por meio do aprendizado.

Corroborando com esse pensamento Vieira e Queiroz (2008), quando afirmam que é possível para os profissionais de enfermagem ter atitudes que consideram os aspectos emocionais de seus pacientes, desde que haja um treinamento profissional específico e abrangente, permitindo uma aproximação menos voluntarista e mais científica.

II) Aspectos Psicossociais ancorados na Satisfação (APPsat)

As RS que emergiram dessa subcategoria estão relacionadas aos diversos aspectos de realização/satisfação conduzidos pela forma de atuação das profissionais, que se refletem na forma como o paciente percebe essa assistência e, desse modo, pode contribuir na melhoria do planejamento e da qualidade dessa assistência. Isso pode ser visto nos depoimentos que seguem:

[...] Melhorou bastante a visão de ser humano dos funcionários com o grupo de humanização (2). [...] sinto-me gratificada por ter contribuído com a enfermagem daqui (4). [...] Chegamos em casa com a sensação de dever cumprido (7). [...] conseguimos desenvolver um trabalho bom aqui (13).

O gostar daquilo que faz é algo importante, principalmente quando o objeto do trabalho é o cuidado ao ser humano. A satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade, bem como agregar valores ao indivíduo para que o mantenham motivado, principalmente ao considerar que os fatores motivacionais e de satisfação são intrínsecos e que cada pessoa pode ter necessidades distintas, requerendo atendê-la, dentro da possibilidade organizacional (MARTINS *et al.*, 2006).

A satisfação no trabalho contribui para superar dificuldades que existam no processo de trabalho ou na própria organização. Desse modo, as enfermeiras ao desenvolverem o planejamento da assistência e perceberem-se importantes no processo vivido por esses pacientes podem encontrar satisfação no desempenho do trabalho. E, como surgiu no NC deste estudo, o cuidado voltado para a humanização, pode existir como um processo vivencial, de interação social, permeando o ser e o fazer dos profissionais envolvidos nessa assistência.

III) Aspectos Psicossociais ancorados na expectativa (APPexp)

Segundo Ferreira (2003), o termo expectativa se refere a uma esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas. No caso das depoentes, pode representar a esperança de que alguma coisa nova ou agradável possa ocorrer de modo a atender suas expectativas frente à sua prática de planejar a atenção ao paciente com câncer.

[...] Deveria formalizar o planejamento na unidade de internação também (6). [...] Deveríamos planejar as agressões terapêuticas ao corpo do paciente (6). [...] a sistematização permitiria à enfermeira fazer um melhor acompanhamento do paciente (13). [...] É o meu sonho ter uma equipe na UI responsável só pela quimioterapia (13). [...] Deveriam ensinar Tanatologia na faculdade (13). [...] Quando houver estrutura para receber o acompanhante vai ser bom [...] vai ser melhor (13). [...] Seria bom se a enfermeira pudesse fazer um planejamento diferenciado (14).

Essas expectativas denotam também situações vivenciadas pelas enfermeiras no seu cotidiano, que podem se caracterizar como estressores. Nessa subcategoria são encontradas

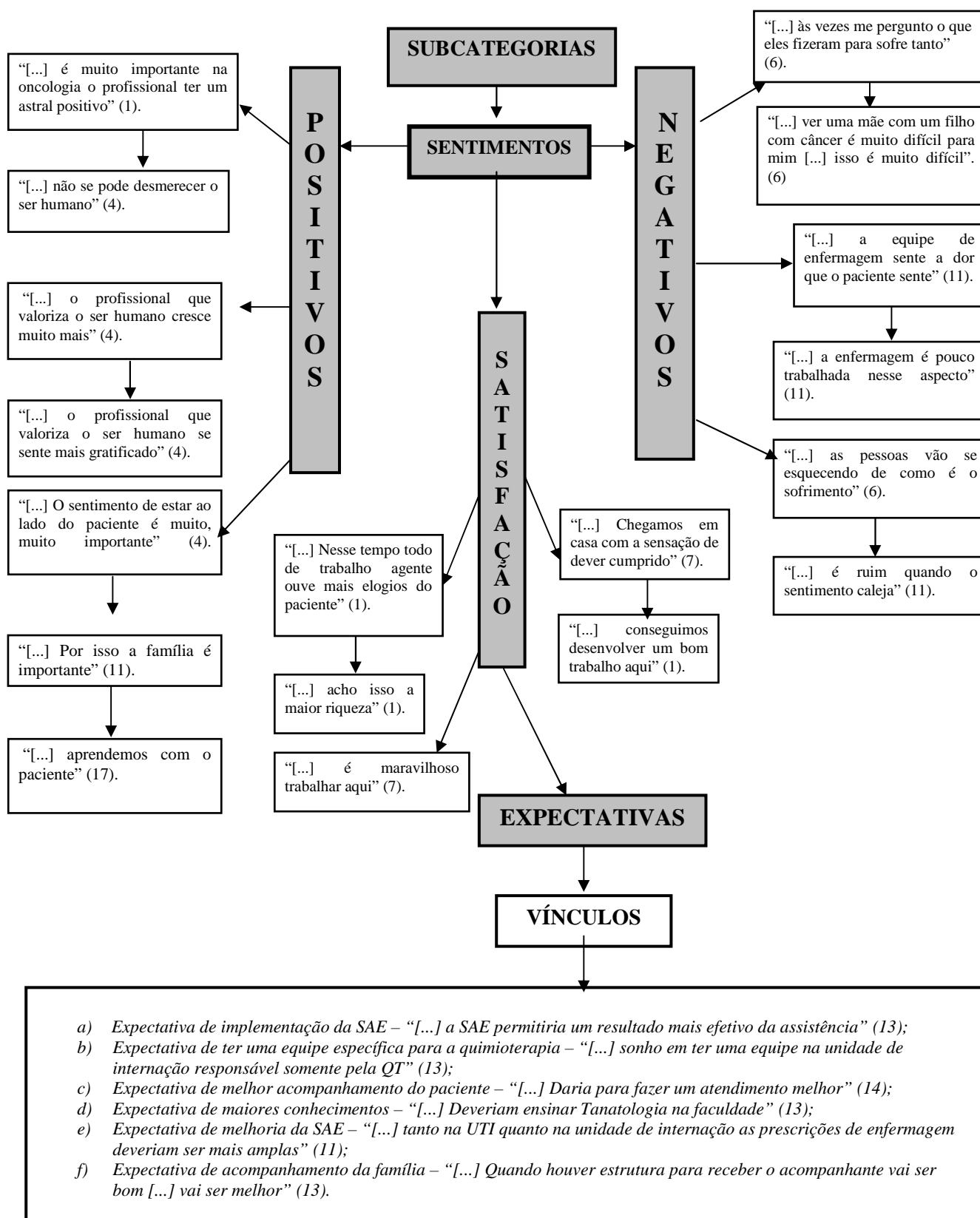
diferenças bastante significativas das expectativas, sugerindo vínculos com elementos que expressam aspirações positivas, tais como: pela implantação da SAE, de ter uma equipe exclusiva no acompanhamento da quimioterapia, de melhor acompanhamento para o paciente, de melhores condições para que os familiares acompanhem esses pacientes, da aquisição de maiores conhecimentos.

Consideramos que o retardamento ou não atendimento dessas expectativas podem trazer como consequência a insatisfação no trabalho, o que pode modificar as atitudes das enfermeiras no seu fazer profissional, inclusive no que diz respeito ao planejamento da assistência, objeto deste estudo. Isso pode influenciar no seu comportamento pessoal e profissional, inclusive reduzindo a produtividade.

Tal situação é realçada por Fernandes *et al* (2000), ao sugerirem a necessidade de se visualizar o trabalhador não como produto, mas como produtor de sua história pessoal no contexto de trabalho, cujas manifestações comportamentais precisam ser consideradas e compreendidas.

Perceber os aspectos psicossociais do planejamento da assistência passa também pela compreensão de que humanizar a relação com o doente com câncer, exige que a enfermeira e sua equipe valorizem a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários nesse processo, mas para isso elas precisam de suporte em vários aspectos, seja na prática cotidiana, seja na estrutura organizacional.

Na seqüência, apresentamos a síntese da análise da Categoria 5, com as respectivas subcategorias, conforme Esquema 13.



Esquema 13 – Síntese da Análise da Categoria 5 – Aspectos Psicossociais do Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

5.5 RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO SENSO COMUM SOBRE O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER

A reconstrução do conhecimento do senso comum acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer concebida pelas enfermeiras é apresentada nesta etapa, considerando a interdependência desse conhecimento prático com o conhecimento científico.

Os resultados apresentados anteriormente destacam a concepção do senso comum das entrevistadas, para as quais o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer foi elaborado a partir de uma série de conceitos quanto às características dessa clientela, quanto aos requisitos necessários ao planejamento, aos atributos profissionais e pessoais demandados para o desenvolvimento dessa atividade até aos fatores intervenientes que facilitam ou dificultam a elaboração e execução dessa prática.

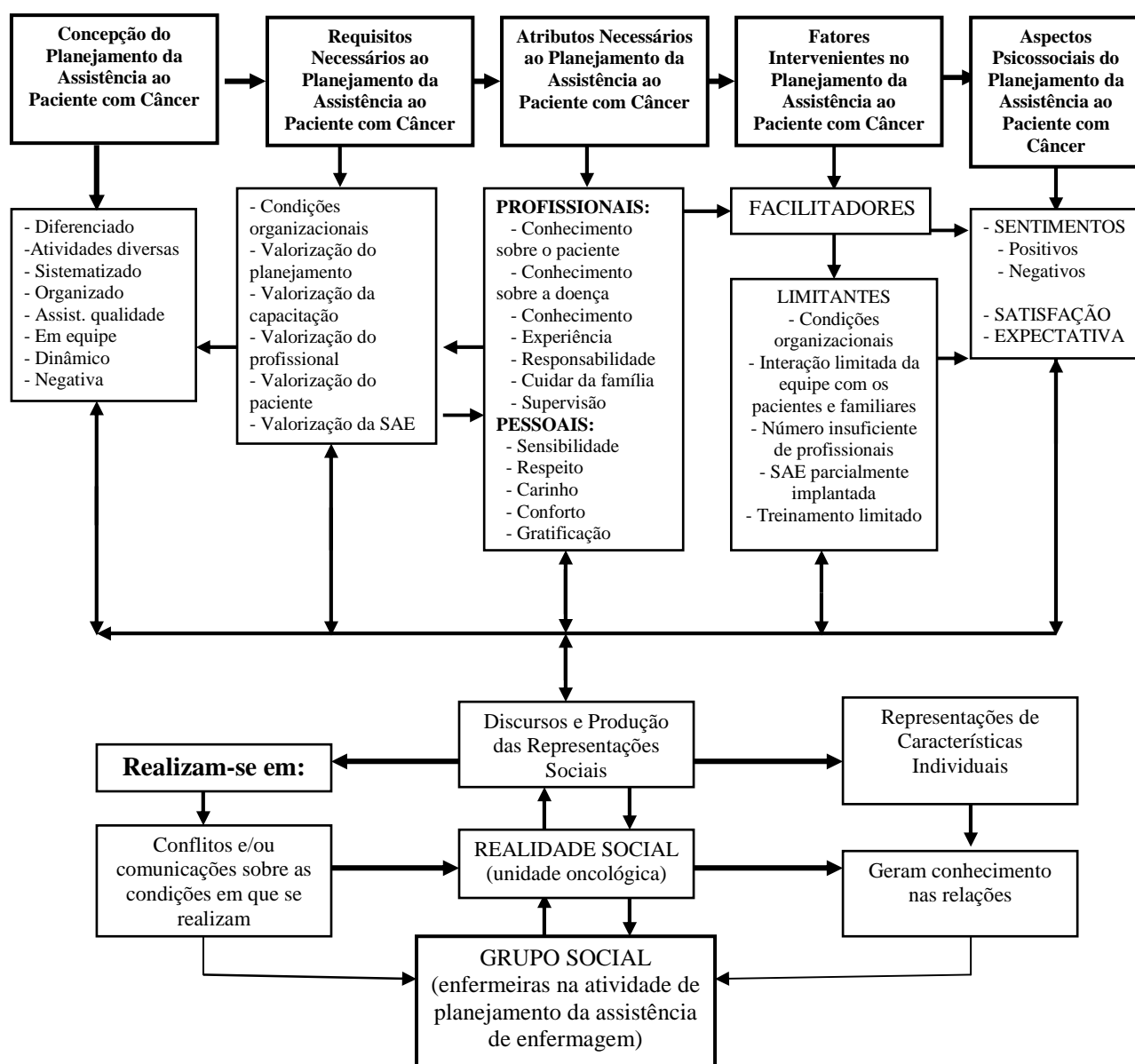
Destarte, pudemos observar que os significados do senso comum das enfermeiras estão ancorados em diferentes campos do conhecimento, com concepções bastante diferenciadas e sofrem influências diversas que comprometem a valorização da prática de planejamento. Contudo, o fortalecimento dos atributos profissionais e pessoais, destacadamente a responsabilidade e a sensibilidade, pode contribuir para que elas atinjam o planejamento com foco na qualidade da assistência e na humanização, conforme destacaram nas suas falas.

No entanto, algumas contradições observadas nas falas e comportamentos das entrevistadas, a exemplo da necessidade de atualização e conhecimento específico na área, mas cujo direcionamento é voltado para outras áreas de atuação ou com foco no profissional de nível médio, nos leva a refletir com o que evidencia Abric (2005), para a existência de uma região de difícil explicitação das representações sociais, que denominou de “zona muda”. Esse fenômeno aconteceria, sobretudo, para determinados tipos de objetos mais sensíveis, fortemente marcados por valores e normas sociais, a depender da situação em que os sujeitos se encontram.

Exatamente nessas situações existem duas facetas da representação: uma representação explícita, verbalizada pelos sujeitos; e uma segunda parte da representação, não verbalizada ou não expressa por eles, a qual consistiria em uma zona muda das representações sociais (ABRIC, 2005). Não se trata de uma parte inconsciente das representações, mas integra a consciência dos indivíduos, mas que não pode ser expressa por eles, por causa da situação

social em que se dá sua produção. Assim, embora tenham sido destacados diversos fatores limitantes do planejamento da assistência ao paciente com câncer, as entrevistadas sinalizaram expectativas de melhorias na própria prática de planejamento, nas condições de trabalho, e, conseqüentemente, na qualidade da assistência.

Na síntese apresentada no Esquema 14, as RS acerca do planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológico estão destacadas através das cinco categorias e vinte subcategorias, responsáveis individualmente pela contribuição ao conhecimento elaborado. Este foi constituído através da apreensão direta e busca do sentido explícito e implícito nas falas das depoentes, quando foi levado em consideração a indissociabilidade dos aspectos psicológicos, subjetivos e intersubjetivos da interação com a realidade social.



Esquema 14 – Síntese das RS das enfermeiras sobre o Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer – Salvador, Bahia, 2008

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa, embora não permitam generalizações, por se tratar de uma realidade específica, trouxeram contribuições sobre as representações sociais das enfermeiras sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer, compartilhadas e construídas por essas profissionais numa organização hospitalar especializada em oncologia, no município de Salvador. Buscamos, ainda, mostrar a relevância dessas RS e sua interferência na prática cotidiana dessas profissionais.

Considerando os objetivos propostos, procuramos, no decorrer desta pesquisa, compreender como as RS das entrevistadas que desenvolvem as mesmas atividades no contexto social, desenvolvem a atividade de planejamento da assistência, sobre as condições que possibilitam essa atuação, além da caracterização desse paciente para o qual é direcionado esse planejamento.

Utilizando os aportes da Teoria das Representações Sociais, foi possível identificar a existência de um processo de relação e interação entre a profissional e a sua prática de planejamento, o que possibilita a tomada de posições resultantes dos elementos representacionais como produto desse processo.

Nesse sentido, utilizamos uma abordagem de multitécnicas de análise, incluindo a associação livre de palavras e a entrevista semi-estruturada. A primeira permitiu a identificação da estrutura da RS e a entrevista – instrumento indicado em investigações empíricas, especialmente na psicologia social, designada por Moscovici (1978) de psicossociologia para pesquisa nas representações sociais – possibilitou, através da análise de conteúdo fundamentada em Vala (2001) e Bardin (2007), a construção do senso comum.

Nesta pesquisa houve um predomínio de enfermeiras entre 26 e 45 anos, correspondendo a 75,6% das entrevistadas, do sexo feminino, procedentes de universidade privada. Considerável percentual dessas enfermeiras (68,3%) tem outro vínculo empregatício.

As RS das enfermeiras acerca do planejamento têm um provável núcleo central que está vinculado à *humanização* e ao *sofrimento*. Entre os elementos da periferia, destacam-se os atributos pessoais e profissionais, com os elementos *respeito*, *carinho*, *sensibilidade*, *assistência integral*, *conhecimento sobre a doença e cuidar da família*. Observou-se uma representação que traduz o significado do planejamento vinculado tanto a valores afetivos e atitudinais, quanto pela integralidade da assistência ao paciente com câncer.

Ao analisar as RS do grupo estudado, foi evidenciado que:

- a prática de planejamento nesse grupo de pertença é manifestada através da coerência entre a criatividade pessoal e social no fazer cotidiano, e está ancorada nos atributos associados, nas concepções que possuem sobre essa prática e nos fatores que nela interferem, e têm relação com o conhecimento científico;

- existe uma preocupação em realizar um planejamento diferenciado, sistematizado, mas por outro lado, a existência de diversos fatores limitantes (aí incluídos os que dizem respeito ao paciente, à doença avançada, à organização, entre outros) compromete a sua execução;

- apesar da SAE estar implantada parcialmente, o grupo percebe a sua importância e destaca como sendo fundamental para qualificar a assistência prestada;

- os aspectos emocionais, notadamente, a questão da morte e o sofrimento, não são discutidos e trabalhados no grupo.

Trazemos como sugestões:

a) acompanhamento do processo de implementação da SAE por uma equipe direcionada para esse fim, como o objetivo de corrigir, orientar e supervisionar a realização de suas fases;

b) desenvolver uma oficina para treinamento teórico e prático sobre o PE, explicando modelo teórico adotado, exercitando registro, que envolva enfermeiras (os) e profissionais de nível médio;

c) verificar o SCP, de modo a verificar se o dimensionamento de pessoal vigente na organização está de acordo com a Resolução COFEN 272/2002;

d) iniciar a SAE por unidades com menor fluxo de pacientes, passando progressivamente para unidades com maior grau de complexidade;

e) promover espaços de discussão, preferencialmente interdisciplinares, acerca dos processos de morte e morrer, sofrimento e perdas vivenciadas pela equipe;

f) estruturação do serviço de educação permanente que dê suporte à coordenação de enfermagem, apoiando no processo de implantação da SAE, dando ênfase em propostas educativas que motivem o aperfeiçoamento e a atualização do grupo de enfermeiras;

g) criação de espaços de valorização para o profissional, com atividades que promovam sua saúde física e mental, com oficinas conscientização corporal, relaxamento, e outras, se possível dentro da organização e da carga horária de trabalho.

Tendo em vista que as RS são tecidas nas relações de trocas entre os profissionais que compartilham o mesmo contexto e as mesmas atividades, acredito que a exploração dos

achados desta pesquisa possa contribuir para a reconstrução de práticas e atitudes, mediadas por um conhecimento novo sobre as percepções e expectativas das enfermeiras que podem orientar novas propostas de ação frente ao planejamento, objetivando a qualidade da assistência de enfermagem.

Consideramos que todos os questionamentos formulados, a partir dos pressupostos que deram origem a este estudo, foram respondidos, destacando a necessidade de um modelo de planejamento específico para esse tipo de paciente, contemplado com um dimensionamento de pessoal que permita sua elaboração, execução e avaliação.

Observamos que, a despeito dos fatores limitantes e desafiantes à execução do planejamento da assistência, as enfermeiras assumem uma postura comprometida na organização. Demonstram dinamismo, têm consciência da responsabilidade frente ao cuidado do paciente oncológico e sua família, assim como à equipe que coordenam.

O relacionamento interpessoal da equipe com a coordenadora de enfermagem é harmonioso, acessível, e propicia espaço para sugestões e compartilhamento dos problemas encontrados. Isso certamente contribuirá no processo de implantação e execução da SAE em toda organização, quando haverá necessidade de esforço conjunto para que esta ocorra a contento.

No que se refere aos aspectos psicoafetivos da assistência de enfermagem, vale destacar a necessidade de inclusão, tanto teórica quanto prática, de discussões relacionadas ao processo de sofrimento, perdas e morte nos cursos de graduação em enfermagem. Isso requer maior interação entre a academia e as organizações hospitalares, inclusive no que diz respeito ao próprio planejamento da assistência, de modo que as futuras enfermeiras não o percebam como algo distante de sua prática.

Embora este estudo esteja circunscrito a uma organização hospitalar, não podendo generalizar seus resultados para outras realidades, considero que o mesmo traz uma contribuição ao conhecimento da enfermagem, especificamente na linha de Administração dos serviços, e para as profissionais, permitindo a reflexão sobre sua prática cotidiana, onde o planejamento inclua os demais profissionais da equipe e o paciente em todos os momentos da assistência.

Entendo, ainda, que esta dissertação não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema, mas permitiu vislumbrar áreas que requerem maior aprofundamento, sendo recomendável que outras pesquisas possam dar continuidade a esta investigação.

REFERÊNCIAS

ABEN. **Cartilha do Trabalhador de Enfermagem**: saúde, segurança e boas condições de trabalho. Rio de Janeiro, 2006.

ABRIC, Jean Claude. **Pratiques sociales et representations**. Paris: PUF, 1994.

_____. Prefácio, 1996. In: SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, R.J: Vozes, 2002.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia: AB, 2000.

_____. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denize Cristina; CAMPOS, Pedro Humberto F. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34.

ALCÂNTARA, Laísa Figueiredo Ferreira Lós de; MALVEIRA, Elisabete Araújo Paz; BEQUE, Guy Van de. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido de cuidar. **R. Enferm UERJ** 2004; 12: 259-64.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALEXANDRE, Marcos. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Revista Comum**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 122-138, julho/dezembro, 2004.

ALFARO-LEFREVE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALVES, Rubem. **Entre a ciência e a sapiência**. Loyola. São Paulo. 1999.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos. **A experiência da quimioterapia oncológica na visão do paciente**. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. 127f.

ANDRADE, Jozilene Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras Enferm**. 2005 maio-jun; 58(3):261-5.

ARRUDA, Ângela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, novembro/2002.

AYOUB, Andréa Cotait [*et al.*]. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000. 312p.

BARBOSA, Régia Christina Moura; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paul de Enf** 2004; 17(1):18-24.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4ª. Lisboa: Edições 70, 2007.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 27ªed. Petrópolis, Vozes, 2007. 248p.

BETTINELLI, Luiz Antônio. **A Solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 204p. (Série teses em enfermagem, 41).

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de Filosofia**. Consultoria da Edição Brasileira, Danilo Marcondes. Tradução de Desidério Murco et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social**, v. 1, n.1, 2005.

BONASSA, Edva Moreno Aguilar. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BONFIM, Z.A.C.; ALMEIDA, Sandra Francesca Conte de. Representação social: conceituação, dimensão e funções. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.10, p.89, 1992.

BORDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. 6ª ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2003.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino; SILVA, Elisângela Ferreira; TONIOLLO, Patrícia Beghetti; MAZER, Sheila Maria; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do; SANTOS, Manoel Antônio. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai/ago. 2006.

BORGES, Moema da Silva; LIMA, Dênio; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. **Com. Ciências Saúde** 2008; 19(4):333-342.

BRASIL. Lei nº 7498 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); Seção 1 de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Rev. Bioética. Brasília**, v.4, n.2 – Suplemento – p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem no Controle do Câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Edição especial temática, p.97-110, 2000.

CAMARGO, Teresa Caldas; SOUZA, Ivis Emília Oliveira. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2003 set/out; 11(5):614-21.

CAMPOS, Pedro Humberto F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 21-36.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998. 183p.

CARRARO, Telma Elisa, KLETEMBERG, Denise Faucz, GONÇALVES, LM. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. Bras Enferm.** 2003; 56(5):499-501.

CARVALHO, Alexandre Octávio Ribeiro de. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da Cancerologia no Brasil**. Dissertação. Mestrado Profissionalizante em Bens Culturais e Projetos Sociais. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006. 206p.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2005. 138f.

CARVALHO, Emília Campos de; BACHION, Maria Márcia; DAIRI, Maria Célia Barcellos; JESUS, Cristine Alves da Costa de. Obstáculos para a Implementação do Processo de Enfermagem no Brasil. **Rev. Enf. UFPE On Line** 2007; 1(1):95-99.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(1):87-96.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 105-11

CHINN, P.; KRAMER, M. K. **Theory and Nursing: a systematic approach** 4ª edition Mosby New York Copyright, 1999.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; MELLEIRO, Marta Maria; SILVA, Mônica Regina Brandão da; PEREIRA, Ivanize. Processo de planejamento na prática de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 3, p. 293-80, out. 1998.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. 154p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem –SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2002.

COSTA, CA; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOARES, Narciso Vieira. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. Bras Enferm.** 2003; 56(3):310-4.

COSTA, Rita de Almeida; SHIMIZU, Helena Eri. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2006; 40(3):418-26.

CRUZ, Enêde Andrade da. **Práticas profissionais dos trabalhadores em central de material e esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Ceará. 2003. 214p.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras Enferm.** 2005 set-out; 58(5):568-72.

CURY, Maria Amália de Lima; FREITAS, Luiz Célio Martins; COELHO, Maria José. O cuidar/cuidado planejado no ambulatório de cateteres de adultos do Hospital do Câncer I – INCA. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro v. 4 n. 2, p. 249-256 agosto de 2000.

DAL MOLIN, Rossano Sartori. **Cuidando da dor na perspectiva da enfermagem**. Goiânia:AB, 2004. 80p.

DELGADO, Maria Elena Ledesma. **Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital no México; “entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado”**. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, 2008. 125p.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFP, 1996.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A; JOVECHELOVICH, S. **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis, R.J: Vozes, 1995. p. 31-59.

FELLI, Vanda Elisa Andres; PEDUZZI, Marina. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (ORG.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. 198p.

FERNANDES, Josicelia Dumêt; FERREIRA, Silvia Lúcia; ALBERGARIA, Aurenice Karine; CONCEICAO, Flávia Matos da. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2002, vol.10, n.2, pp. 199-206.

FERNANDES, Josicélia Dumet. Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. **Rev. da RENE**, Fortaleza, v.1, n.1, p. 68-75, jan/jul. 2000.

FERRAZ, Aidê Ferreira; OLIVEIRA, Célia Maria; MATOS, Selme Silqueira de; COSTA, Tânia Maria Picardi F.; CABRAL, Danielle Luiza; CALDEIRA, Elem Machado. O domicílio como cenário alternativo de apoio ao paciente oncológico. **Rev. Min. Enf.**; 10(4):440-447, out/dez, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio** – Dicionário da Língua Portuguesa. Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

FITCH, Margaret. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. (Orgs.). Barueri, SP: Manole, 2006. p. 67-85.

FLAMENT, Claude. Estrutura e dinâmica das Representações Sociais. In: JODELET, Denise. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 173-186.

FRANCO, Maria Laura P. de. O que é análise de conteúdo. **Caderno do programa de estudos de pós-graduação em Psicologia de Educação**, n. 7, São Paulo, p. 1-31, 1986.

FUGITA, Rose Meire Imanichi; FARAH, Olga Guilhermina Dias. O planejamento como instrumento básico do enfermeiro. In: CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto, São Paulo: Scala, 1999. 137 p.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. Trabalho apresentado em Mesa redonda durante o 52º CBEn, João Pessoa, 2000.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação dos Elementos da Prática Profissional: Instrumentos Metodológicos e Tecnológicos do Cuidar. IN: SANTOS, Iraci dos *et al.* **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. 542p.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13(1):188-193.

GARGIULO, Cíntia Aquino; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de; SALIMENTA, Anna Maria de Oliveira; BARA, Vânia Maria Freitas; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. Vivenciando o Cotidiano do Cuidado na Percepção de Enfermeiras Oncológicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 out-dez; 16(4): 696-702.

GARRIDO, M C F. Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. **Revista O mundo da Saúde** (Centro Universitário ao Camilo), São Paulo, set./out, 24 (5), 2000.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2006. 206p.

GIL-MONTE, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. **Rev Eletrônica InterAção Psy** [periódico na Internet]. 2003. Disponível em: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Completo.pdf>

GOMES, Romeu; SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes; VIEIRA, Roberto José da Silva. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1):197-204, jan-fev, 2002.

GOMES, Antônio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sérgio Corrêa. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2004, ed. especial: 79-90.

GOMES, Ivan Lourenço. **Práxis Enfermagem Terapia Intravenosa**. Guanabara-Koogan, 2005.

GOMES, Antônio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Relato de pesquisa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (ORG.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 79-108.

GUIMARES, Eliane Marina Palhares; SPAGNOL, Carla Aparecida; FERREIRA, Eliane; SALVIANO, Márcia Eller. Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. **Ciência y enfermería** [online], v.8 n.2, dez 2002.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital**: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. Bras Enferm.** 2006 set-out; 59(5):675-9.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JESUS, Cristine Alves Costa de. **Sistematização da assistência de enfermagem**: evolução histórica e situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. Anais. Uberlândia: UFU, 2002, p. 14-20.

JODELET, Denise. Représentations sociales: um domaine em expansion. In: JODELET, Denise. **Les représentations sociales**. 4. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, 236 p.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paul Enferm**, 2007; 20(4): 446-51.

LACERDA, Maria Ribeiro; LIMA, Joelma Beatriz Girett de; BARBOSA, Rute. Prática de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 242-250, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a19.html>

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 4ª ed. 3ª reimpr. São Paulo, Atlas, 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999a.

_____. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, Maria Tereza (ORG.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis, UFSC; Ed. Papa-Livros, 1999b. 176p.

_____. **Teoria e Método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.2, n.1, p.90-95, jan.1997.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2004. 12(4): 665-75.

MARTINS, Christiane; KOBAYASHI, Rika M.; AYOUB, Andréa Cotait; LEITE, Maria Madalena J. Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 jul-set; 15(3):472-8.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tão. **A Experiência da Colostomia por Câncer como Ruptura Biográfica, na Visão dos Portadores, Familiares e Profissionais de Saúde: um estudo etnográfico**. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tão; COSTA, Aldenan Lima Correa da; ESPÍRITO SANTO, Elisete Aparecida Rubira do; BELLATO, Roseney; PEREIRA, Wilza Rocha. O Corpo e a Cultura como Lócus do Câncer. **Cogitare Enferm** 2006 mai/ago; 11(2):171-5.

MATURAMA, Humberto. Ciência e vida cotidiana: a ontologia das explicações científicas. In: **Cognição, ciência e vida cotidiana**. 1ª reimpr. Organização e tradução Cristina Magro; Victor Paredes. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MEIRELLES, Naluzia de Fátima; ALVES, Denise Yokoyama; ANDRADE, Nilza. Reestruturação da SAEP ao cliente oncológico segundo taxonomia de Nanda e teoria de King. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 465-473 dez. 2002.

MENDONÇA, Ângelo Braga; GONÇALVES, Quênia Cristina; SILVA, Sueli Riul. Estudo da dor em pacientes portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **REME – Rev. Min. Enf**; 9 (1); 41-46, jan/mar, 2005.

MENEZES, Resli Kochhann, **Equipe de enfermagem frente ao diagnóstico de câncer: percepções sobre o cuidado**. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 61p.

MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; CAMARGO, Teresa Caldas; GUEDES, Maria Teresa dos Santos; ALCÂNTARA, Laisa F. F. Lós de. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem oncológica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, set/out, 2007a: 15(número especial).

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra; PASSARELLI, Paola Moura; DRUDE, Fernanda Souza; SANTOS, Manoel Antônio dos; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, Vol. VII, n. 1, mar/2007b, p. 191-210.

MICHAELLIS: **Minidicionário escolar da língua portuguesa** – São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2008.

MEZZOMO, Augusto Antônio. **Humanização hospitalar**. 1. ed. Fortaleza: Realce, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (ORG.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social; teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOLINA, Maria Aparecida Salci; GONZAGA, Maria Teresa Claro; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. Cuidado e enfermagem: reflexões sobre essa parceria. **Arq Apadec**, 8 (supl.), mai, 2004, p. 289-291.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de Filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MOREIRA, Antonia Silva Paredes. **A epilepsia e a AIDS na concepção do conhecimento cotidiano**. Tese de doutoramento em Enfermagem. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. 1998.

MORIN, Michel. Atenção à doença e relação de ajuda: crises das práticas e conflitos de representações. In: OLIVEIRA, Denize Cristina; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 404p.

NANDA. **Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006**. Madrid: Elsevier, 2005. 299p.

NÓBREGA, Maria de Fátima Bastos. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006. 160f.

NÓBREGA, Sheva Maia da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; JESUÍNO, J.C. (Org.). **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa. EDUFPE, 2003. p. 55-88.

NÓBREGA, Sheva Maia da; FONTES, Érica Palmieri Guimarães; PAULA, Fabíola Maria Souza Macedo de. Do amor e da dor: representações sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 22(1): 77-87, 2005, janeiro – março.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo. 2003.

OLIVEIRA, Denize Cristina; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Representação social: práxis e conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, III, n.2, p.51-68, 1993.

OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sérgio Correia; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Trigueiro V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. Cap. 19. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (ORG.). **Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. 603p.

OLIVEIRA, Andréia Cristina Fortuna de. **Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos enfermeiros nos programas de residência e especialização oncológica do INCA**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 2007. 75p.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul/ago. 2002.

PITTA, Anna. **Hospital: Dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PIVOTTO, Flavia; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valeria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm** 9(2):32-42 jul-dez, 2004.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 486p.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. “O que é isto, o tratamento quimioterápico? Uma investigação fenomenológica” **Revista Ciência y Enfermería**, Concepcion, Chile, v.1, nº1, p.66-76, 1999.

POPIM, Regina Célia. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schultz**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. 122 f.

POPIM, Regina Célia. **O cuidar em oncologia: diretrizes e perspectivas/ Regina Célia Popim, Magali Roseira Boemer**. – São Paulo: Editora UNESP, 2006.132.

QUEIROZ, Sylvia Gonzalez. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008. 97f.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia: AB, 1999. 63p.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq. Ciência Saúde**, 2005, abril/junho; 12(2): 85-90.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública**. Goiânia: AB, 1999. 112p.

RODRIGUES, Maria do Socorro Pereira. **Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel,; Florianópolis, UFSC, 1999. 143p.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-am Enfermagem**, novembro de 2001, v. 9, n. 6, p. 76-82.

RODRIGUES, Andréa Bezerra. **Burn out e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos**. Tese (Doutorado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006. 143p.

ROSA, Luciana Martins da. **O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer**. Dissertação. Florianópolis (SC). UFSC/PEN, 2007. 118p.

ROSSI, Flávia Raquel. **Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado**. Dissertação. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da UFRGS; 2003.

ROSSI, Flávia Raquel; SILVA, Maria Alice Dias da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2005; 39(4): 460-8.

ROTENBERG, Lúcia. Aspectos sociais da tolerância ao trabalho em turnos e noturno, com ênfase nas questões relacionadas ao gênero. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo; Atheneu, 2004. p.53-63.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, R.J: Vozes, 2002.

SAMPAIO, Consuelo Novais. **70 Anos de Lutas e Conquistas**. Liga Bahiana Contra o Câncer. Salvador: LBCC. 2006.

SANTA ROSA, Darcy de O. **A compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo.

SANT'ANNA, Suze Rosa; ENNES, Lílian Dias. **Ética na enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 140p.

SANTANA, Carlos Joelcio de Moraes; LOPES, Gertrudes Teixeira. O Cuidado Especializado do Egresso de Residência em Enfermagem do Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Rev Esc. Anna Nery Enferm** 2007 set, 11(3):417-22.

SILVA, Iranete Almeida de Souza. **Trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo: representações sociais de enfermeiras**. Dissertação. Salvador (BA): Escola de Enfermagem da UFBA. 2007. 162f.

SILVA, Lúcia Maria Giunta da. Breve reflexão sobre o autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 julho; 9(4):75-82.

SILVA, Maria Aparecida Abreu da; FONTES, Ana Lúcia Caetano. Planejamento da Assistência de Enfermagem. In: **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. AYOUB, Andréa Cotait [et al]. – São Paulo: Lemar, 2000. 312p.

SMELTZER, Suzanne C. O'Connell; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora. Aids e suas metáforas**. Tradução de Rubens Figueiredo e Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 2ª reimpr. 163p.

SPINK, Mary Jane P. O estudo empírico das representações sociais. In: **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social** (Org). São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

THOMAZ, V.A; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, v. 5, n. 54, p. 28-33, novembro 2002.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora; MENDES, Isabel Amélia Costa; LOURENÇO, Maria Regina; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002, janeiro-fevereiro; 10(1): 85-89.

TRINCAUS, Maria Regiane; CORRÊA, Adriana Kátia. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Rev. Esc. Enferm USP** 2007; 41(1): 44-51.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

TURA, Luiz Fernando Rangel. **Os jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/UFRJ. Rio de Janeiro, 1997.

_____. Aids e estudantes: a estrutura das representações. In: JODELET, Denise; MADEIRA, M. (Orgs.) **Revista Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.497-504, out/dez, 1994.

VALA, Jorge. **Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social**. In: J. Vala & M. B. Monteiro (CDS) **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2001.

VAZ, Ana Francisca; MACEDO, Denise Diniz; MONTAGNOLI, Édina Tavares de Lima; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; GRION, Regina Célia. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-am Enfermagem** 2002 maio-junho; 10(3):288-97.

VERGÈS, Pierre. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, Paris. XLV, n.405, p. 203-209, 1992.

_____. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**. Manuel d'utilisateur. Aix em Provence, 2000.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Rev. Psicologia & Sociedade**. V.18, n.1, p. 63-70, jan/abr. 2006.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2ª ed. Porto Alegre. Editora Sagra Luzatto, 1999.

WOOD, Geri LoBiondo; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2001.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Consulta de Enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. IN: CARRARO, Telma Elisa; WESTPHALEN, Mary E. A. (ORG.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. 159p.

ZANCHETTA, Margareth Santos. **Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia – Modelo Assistencial**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1990. 141f.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cara (o) profissional:

Eu, Rita de Cássia Velozo da Silva, sou enfermeira e aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico: Representações Sociais de Enfermeiras**, cujos objetivos são: apreender as representações sociais (RS) sobre o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente oncológico, elaboradas pelas enfermeiras no contexto de uma organização hospitalar; analisar as RS a partir de sua estrutura e importância atribuída pelas enfermeiras a essa atividade.

Desta forma, solicito sua permissão para entrevistá-lo (a), garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela. Caso concorde gostaria de gravar a entrevista, para posteriormente transcrevê-la, garantindo, desse modo, a fidedignidade do seu discurso. Os registros gravados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

O benefício potencial da sua participação neste estudo é que você estará colaborando com a gestão organizacional e com o planejamento dos processos assistenciais ao paciente oncológico, contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência. Contudo, não haverá qualquer tipo de ressarcimento, pagamento ou indenização devido à sua participação.

Por intermédio deste Termo lhe serão garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, contactar com a Enfª Rita de Cássia Velozo da Silva pelos telefones: (71) 9206-5796/2109-3330. Ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Baiana Contra o Câncer/HAM pelo tel: 3357-6850.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu _____ declaro que fui convenientemente esclarecida (o) pela pesquisadora e que entendi o que foi me explicado sobre a pesquisa, logo, concordo em participar da presente pesquisa. Concordo, também, que a entrevista seja gravada e possa ser publicada, desde que seja assegurado o sigilo de meus dados.

Assinatura da (o) Entrevistada (o)

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados – Roteiro de Entrevista

I. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Unidade _____ N° _____
 Faixa Etária: 21-25() 26-30() 31-35() 36-40() 41-45() 46-50() 51/+()
 Sexo: Masc. () Fem. () Vínculo _____
 Universidade formadora _____ Tempo de formado _____
 Na sua formação cursou disciplina sobre Oncologia: Sim () Não ()
 Tempo de serviço no hospital _____
 Recebeu treinamento sobre planejamento da assistência nesta organização: Sim ()
 Não () Duração _____
 Pós-graduação: Sim () Não () Área _____
 Atua em outra organização: Sim () Não () Área _____
 Existe sistematização da assistência ao paciente oncológico nesta organização:
 Sim () Não () Qual _____

II. QUESTÃO PARA TALP

Quando se fala em planejamento da assistência ao paciente com câncer, o que vem à sua mente? Cite pelo menos cinco palavras. Determine a mais importante.

_____ / _____ / _____ / _____ / _____

III. QUESTÕES ABERTAS:

- Fale sobre o planejamento da assistência ao paciente oncológico.
- Conte sua experiência no planejamento da assistência ao paciente oncológico, nesta organização.
- Percebe diferenças no planejamento da assistência ao paciente oncológico em relação a outro tipo de paciente?

APÊNDICE C – Unidades de Análise das Subcategorias

Categoria 1 - CONCEPÇÃO DE PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (CPA)

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Diferenciado (CPAdif)	<p>[...] quando o paciente está deprimido, é atendido por uma psicóloga (1). [...] temos o programa de atendimento domiciliar (PAD) para o paciente que tem condições de ficar em casa (1). [...] o acompanhante ajuda a dar uma assistência melhor (1). [...] o planejamento é diferente de outros tipos de pacientes (hipertensos, diabéticos, etc.) (2). [...] é muito diferente a forma de lidar com esse tipo de paciente (2). [...] O planejamento tem que ser individualizado (2) . [...] O planejamento tem que ser diferenciado (2) .[...] o planejamento da assistência para o paciente com câncer é diferente (3) [...] É preciso ver a família (3).[...] é poder fazer os encaminhamentos necessários para o paciente (4). [...] tem que tratar a pessoa como um todo (4). [...] não trabalhamos somente com o paciente (4). [...] envolve também seus familiares e amigos (4). [...] porque o paciente precisa desses elos para se fortalecer (4). [...] quando necessário encaminhamos o paciente para o serviço social (4). [...] é uma diferença muito grande planejar a assistência ao paciente com câncer (4). [...] No planejamento você tem que diferenciar bastante as ações (5). [...] É individualizar a assistência para o paciente (6). [...] É planejar a conduta a ser tomada com o paciente durante todo o dia (6). [...] é planejar para poder trazer conforto (6). [...] é ir além de fazer um plano de cuidados (6). [...] é formalizar e unificar as ações (6). [...] se o paciente tem colostomia, temos que orientá-lo sobre isso (6). [...] é orientar o paciente sobre como ele deve se cuidar (6). [...] é assistir de modo a não manipular tanto o paciente (6). [...] a manipulação do paciente na oncologia é diferente (6). [...] temos que perguntar ao paciente se ele quer ser manipulado (6). [...] A enfermeira deve se preocupar como o paciente vai entrar e sair do hospital [...] Isso pra mim é primordial (6). [...] precisamos perguntar ao paciente se podemos manipulá-lo (6). [...] Envolve uma questão social muito forte (7). [...] o planejamento é priorizado por gravidade (7). [...] É um planejamento diferenciado (7). [...] Temos um zelo maior com esses pacientes (7). [...] É ver o indivíduo de forma integral (8). [...] a enfermeira ao planejar deve considerar que o paciente, além da doença, traz suas dores e todos seus problemas (8). [...] a enfermeira precisa ter um cuidado muito grande ao planejar (8). [...] os procedimentos utilizados são muito específicos (8). [...] É atender a todas as vertentes do cuidado: dor, emoção, família, conforto, morte (9). [...] é buscar ver cada indivíduo de uma forma diferente (8). [...] devemos vê-lo além de uma pessoa doente (8). [...] vê-lo como pessoa humana é mais complicado (8). [...] É focar naquilo que o paciente precisa (9). [...] Se o paciente sente dor, tem algo a fazer (9). [...] é fazer o que puder para melhorar o quadro do paciente (9). [...] é melhorar a forma de assistir esse paciente (9). [...] como se trata de um hospital oncológico, deveriam existir outras formas de planejamento (11). [...] vejo esse planejamento mais amplo (11). [...] Se não for o planejamento do papel vejo diferenças entre os pacientes, sim (11). [...] vejo algo diferente no planejamento (11). [...] A enfermeira tem que ser o mais direta possível com o paciente (11). [...] a enfermeira não deve ser inflexível quanto às rotinas (11). [...] a enfermagem assiste a [...] quem precisa de conforto e quem precisa de tratamento (11). [...] muitas vezes só podemos dar o conforto ao paciente e não a cura (12). [...] tentamos acomodar os pacientes mais graves em apartamentos individuais, com acompanhantes nas 24h (12). [...] é pensar no paciente desde o momento que ele chega à unidade (13). [...] é prever as dificuldades que o paciente irá enfrentar (13). [...] é fazer o que precisa de uma maneira mais tranquila (13). [...] no planejamento da assistência ao paciente com câncer existem as necessidades básicas, de afeto, apoio espiritual, sexualidade (13). [...] a enfermeira procura fazer o melhor [...] na medida do possível (13). [...] O paciente é orientado na consulta de enfermagem a notificar qualquer reação que sinta (13). [...] o paciente é orientado em relação ao risco de extravasamento das</p>

<p>Diferenciado (CPAdif)</p>	<p>drogas (13). [...] quando o paciente é orientado, isso reduz um pouco o medo acerca do que pode acontecer com ele (13). [...] é nesse momento que a enfermeira observa o estado emocional do paciente (13). [...] é nesse momento que a enfermeira observa se o paciente está aceitando a doença ou não (13). [...] é nesse momento que a enfermeira observa se o paciente está deprimido (13). [...] Na oncologia a enfermeira busca visualizar as complicações mais relacionadas ao tratamento (13). [...] priorizamos o internamento dos pacientes mais debilitados (13). [...] a oncologia tem uma dinâmica bem diferente de uma unidade fechada (13). [...] é o ideal acompanhar a QT na unidade de internação, já que temos uma equipe especializada nisso (13). [...] a enfermeira tem que pesquisar em cima do que o paciente apresenta (13). [...] Todos têm câncer, mas têm necessidades diferentes (14). [...] é fazer uma programação de como atender ao paciente (14). [...] é considerar as necessidades do paciente (14). [...] Existem coisas no planejamento que colocamos como desnecessárias e depois vemos a necessidade (17). [...] planejamos a assistência de forma que o paciente receba a visita que quer receber (17). [...] planejamos a assistência de forma que o paciente seja cuidado pelo profissional que ele queira ser cuidado (17). [...] Tem paciente que escolhe a unidade onde vai internar (17). [...] o objetivo maior é esse: o paciente (17). [...] A assistência na oncologia tem que ser diferenciada (17). [...] não podemos atender somente ao paciente (17). [...] Temos que atender às pessoas que estão cuidando desse paciente (17). [...] No PAPO atendemos ao paciente, vemos suas dificuldades, as fantasias que foram criadas (17). [...] Existe um grupo de auto-ajuda para pacientes ostomizados, coordenado por uma enfermeira (17)</p>
<p>Atividades Diversificadas (CPAati)</p>	<p>[...] o cuidado, a prioridade e a importância são os mesmos (1). [...] Daí pode-se tirar as medidas assistenciais (1). [...] no planejamento a enfermeira tem que priorizar o paciente (1). [...] é assistir ao paciente (1). [...] temos que trabalhar e fazer com que o serviço flua (1). [...] as enfermeiras da chefia de enfermagem acompanham os pacientes ostomizados (1). [...] as enfermeiras planejam, orientam os pacientes e fornecem as bolsas de colostomia gratuitamente (1). [...] Para atender com a maior qualidade de assistência possível (2). [...] desde o início do tratamento temos contato quase diário com o paciente (4). [...] damos as orientações necessárias ao paciente (4). [...] A enfermeira precisa orientar sua equipe sobre o que fazer e o que não fazer (4). [...] ela tem muita coisa a fazer e tem que ter planejamento (4). [...] pacientes com queixas mais sérias, damos os primeiros cuidados e encaminhamos para o médico (4). [...] Fazemos concessões que não faríamos a outros pacientes (7). [...] a enfermeira trabalha por prioridades (8). [...] ela vê o que é necessário, vê a prioridade (8). [...] fazemos um pouco de tudo nesse universo onde mil coisas acontecem [...] Não deveria ser assim (8). [...] a enfermeira faz o que é prioridade (9). [...] Se o paciente está com dor, ela corre e faz a medicação (9). [...] Se outro paciente tem uma parada cardíaca, ela corre pra ele (9). [...] vamos fazendo na hora o que é necessário (9). [...] precisamos orientar que o papel da enfermagem é cuidar do paciente até o último momento (9). [...] às vezes é a enfermeira ou o técnico quem observa a necessidade do psicólogo (9). [...] se o paciente está deprimido, o médico solicita o acompanhamento da Psicologia (9). [...] a enfermagem ajuda a mudar de posição, faz a analgesia (11). [...] a enfermagem na oncologia está na unidade de internação (11). [...] o planejamento da assistência que vai pro papel não tem diferenças entre o paciente com câncer e outro com um tipo de patologia diferente (11). [...] é distribuir as enfermeiras por cada ala (12). [...] a enfermeira tem que observar a questão do acesso venoso (13). [...] a enfermeira tem que verificar se os pacientes vão precisar de sonda e/ou gastrostomia (13). [...] temos que estar atentas a tudo, desde a consulta de enfermagem (13). [...] é pensar no que podemos fazer para melhorar o acesso do paciente aos recursos (13). [...] é encaminhar toda a parte burocrática que ele vai precisar (13). [...] É o ideal a fazer, porque podemos contar com a colaboração do paciente no seu auto-cuidado (13). [...] como já conhecemos o paciente, decidimos fazer dessa ou daquela forma (14). [...] Às vezes a enfermeira atua de acordo com a demanda (14). [...] O paciente vai chegar, tem que fazer isso e aquilo (14)</p>

<p>Sistematização (CPAsae)</p>	<p>[...] Planejamento é elaborar uma sistematização (4). [...] uma sistematização que englobe todos os ângulos do serviço (4). [...] planejamos a assistência de enfermagem como um todo (4). [...] procuramos direcionar o paciente de maneira que ele possa seguir os passos, para alcançar algum resultado (4). [...] o paciente ajuda mais quando planejamos a assistência (4). [...] ele se reforça para fazer o tratamento [...] ele se ajuda (4). [...] Existe uma sistematização da assistência de enfermagem na UTI (6). [...] a sistematização está no início ainda, tentando ser implantada (12). [...] No PAPO há uma sistematização da assistência até a alta desse paciente (17). [...] A SAE começou na UTI, com exceção do diagnóstico de enfermagem (17). [...] Na unidade de internação começamos a SAE em alguns leitos (17). [...] Queremos construir um impresso, um modelo que tenha um perfil, um padrão que atenda a todas as unidades (17). [...] temos impressos da SAE específicos para a pediatria e para a UTI (17)</p> <p>[...] hoje já tem o histórico de enfermagem (2). [...] na consulta a enfermeira já inicia o planejamento, desde o momento em que colhe informações do paciente (13). [...] essas informações são para ela ter uma idéia de como ele vive (13)</p> <p>[...] tudo é feito em cima da necessidade real do ser humano (1). [...] ao planejar, a enfermeira vê o que o paciente tem e levanta suas necessidades (1). [...] se o paciente está com insônia, investiga-se o porquê [...] sente falta da família? Sente dor? (1). [...] a enfermeira precisa ver o perfil de cada paciente (3). [...] a enfermeira vê o paciente, olha o que ele tem e identifica o que ele precisa (11). [...] o diagnóstico de enfermagem vem sendo discutido e trabalhado com a equipe da UTI (17)</p> <p>[...] hoje já tem o plano de cuidados (2). [...] São as ações que temos que organizar (2). [...] São as ações que temos que planejar (2). [...] é a prescrição de cuidados para determinados pacientes na unidade de internação (6). [...] na unidade de internação existem os cuidados para serem checados (6). [...] prescrevemos sempre o apoio à família (7). [...] a enfermeira faz o plano para os pacientes que têm prioridades (8). [...] é determinar ao técnico as funções dele (12).</p> <p>[...] ao implementar o plano de cuidados podem surgir outras necessidades (11). [...] ao implementar o plano de cuidados, o quadro do paciente pode se alterar (11) [...] anotamos na evolução de enfermagem tudo que o paciente apresentou (13)</p> <p>[...] precisa ver se estão seguindo os cuidados à risca (6). [...] é supervisionar se o cuidado está sendo feito (12). [...] é ver como está o resultado da assistência de enfermagem (12). [...] a enfermeira depois faz a supervisão do registro (13).</p>
<p>Organizado (CPAorg)</p>	<p>[...] Vemos todos os lados do planejamento da assistência (1). [...] o planejamento da assistência é o mesmo para todos (1). [...] a enfermeira coloca os pacientes que usam irrigação vesical numa mesma enfermaria (1). [...] é melhor para que a auxiliar de enfermagem dê a assistência (1). [...] é orientar a equipe de técnicos (2). [...] o paciente recebe orientações desde que chega à triagem (3). [...] tudo é explicado ao paciente (3). [...] o paciente só pode vir à consulta acompanhado, para assegurar que tenha outra pessoa informada do que ele precisa ou fará (3). [...] Na consulta de enfermagem o paciente recebe todas as orientações (4). [...] ele vem com um acompanhante ou familiar (4). [...] Na consulta de enfermagem o paciente recebe todas as orientações (4). [...] o primordial é saber o nível de conhecimento do paciente para fazer um planejamento individualizado (5). [...] Na UTI temos condições de fazer um planejamento mais individual (5). [...] o planejamento é mais direcionado na UTI do que na unidade de internação (5). [...] na unidade de internação a burocracia é muito grande para a enfermeira (5). [...] por causa da burocracia parte da assistência fica um pouco deficitária na unidade de internação (5). [...] na UTI o quantitativo de enfermagem é maior, então o planejamento é melhor direcionado (5). [...] o paciente sai de uma assistência sistematizada na UTI e vai para a unidade de internação onde o controle não é o mesmo (6). [...] na UTI há uma assistência diferenciada (7). [...] É na unidade de internação que o paciente</p>

Organizado (CPAorg)	vivencia todo o tratamento oncológico (11). [...] na UTI a enfermeira planeja a assistência para 24h [...] geralmente à noite (11). [...] a visão de uma enfermeira é diferente da outra que faz o plano (11). [...] é distribuir as atividades pra poder ter continuidade durante todo dia (12). [...] é prever o que é necessário para a assistência (13). [...] é pensar em todos os recursos dentro do serviço para atender ao paciente (13). [...] é fazer uma programação de como atender ao paciente (14). [...] Aqui no hospital fazemos um planejamento anual (17). [...] de um ano para o outro fazemos um levantamento junto ao pacientes e familiares, sobre as dificuldades que eles encontram (17)
Em equipe (CPAteq)	[...] A enfermeira tem que planejar suas ações junto à equipe (2). [...] a enfermeira não funciona sozinha [...] Tem que ter toda uma equipe por trás (2). [...] Tem que ter uma equipe para atingir realmente o objetivo (2). [...] Temos que ter o vínculo, ter a comunicação com os outros profissionais (4). [...] é necessária a comunicação com os outros setores (4). [...] é ter o contato com o serviço social, com a psicologia, com a fisioterapia [...] com todas as pessoas (4). [...] Precisamos estar trabalhando junto com o setor de Psicologia (9). [...] para dar um suporte melhor ao paciente (9). [...] quando planeja a enfermeira precisa de uma equipe de enfermagem boa, preparada (11). [...] aí a enfermeira senta e planeja com a equipe (11). [...] a enfermeira encaminha para a nutricionista o paciente que está debilitado, desnutrido ou caquético (13)
Assistência de Qualidade (CPAasq)	[...] é oferecer uma assistência de qualidade (2)[...] é dar um bem-estar a um paciente terminal (2). [...] é dar um conforto até o momento final (2). [...] é garantir ao paciente toda segurança (2). [...] é garantir ao paciente todo conforto (2). [...] é atender o paciente nas suas queixas (2). [...] é não deixar faltar-lhe nada (2). [...] é planejar para dar melhor assistência (2). [...] o paciente precisa [...] dar continuidade ao seu tratamento, tomar seus medicamentos (2). [...] é garantir ao paciente todo conforto (2). [...] exigimos que a equipe trate o paciente como um ser humano (4)
Dinâmico (CPAdin)	[...] na unidade de internação o ritmo da assistência é acelerado (2).[...] a enfermeira tem medicação pra aprazar, evolução pra fazer (2).[...] o planejamento sofre alterações durante o dia (11).[...] Não é um planejamento fixo, onde se tem tudo programado [...] de manhã a enfermeira vai fazer isso e à tarde vai fazer aquilo (11).[...] a UTI consome muito do profissional pela vigilância constante, pelos quadros instáveis, pelas mudanças dinâmicas (13).[...] esse dinamismo também acontece na oncologia (13). [...] geralmente o plano de cuidados numa UTI muda mais rápido do que numa unidade oncológica (13).[...] É a enfermeira da unidade de internação [...] que resolve quando tem algum problema na QT do paciente (13).[...] a enfermeira atende mais rápido para agilizar o fluxo dos atendimentos (14).
Negativa (CPneg)	[...] não existe planejamento (9). [...] fazemos tudo isso [...] mas de uma forma desordenada (13). [...] Não é uma coisa formalizada, sistematizada (13). [...] não temos uma programação (14). [...] um planejamento específico, não temos não (14). [...] fazemos mais uma coisa do momento (14).

Categoria 2 – REQUISITOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (RNP)

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
<p>Condições Organizacionais (RNPorg)</p>	<p>[...] o hospital tem todos os recursos (1). [...] A chefia [...] gerencia o nº de cadeiras para os acompanhantes, de acordo com a necessidade (1). [...] o PAD funciona com uma equipe multidisciplinar (1). [...] a equipe do PAD levanta as necessidades do paciente e solicita o material para trabalhar (1). [...] a equipe do PAD proporciona as condições para que a família dê assistência ao paciente no domicílio (1). [...] o hospital subsidia toda assistência domiciliar (1). [...] No hospital há vários programas voltados para o paciente (1). [...] aqui tem o médico especialista em dor, mas o enfermeiro não (1). [...] existe o programa de assistência aos pacientes ostomizados (PAPO) (1). [...] O grupo de humanização vai aos setores e conversa com os pacientes e funcionários (2). [...] o grupo dá presentinhos aos funcionários nos dias festivos (2). [...] Todo paciente que chega aqui fica encantado com o atendimento (3). [...] Os pacientes aqui são bem tratados (3). [...] Os pacientes aqui são bem tratados desde que chegam até quando eles saem (3). [...] durante a anestesia não deixam o paciente sentir dor (3). [...] os pacientes aqui são muito carentes (5). [...] na SAE existem impressos da UTI e outros que são da unidade de internação (5). [...] Há coisas aqui que fazem jus à filantropia do hospital (7). [...] Muitos de nossos pacientes vêm do interior (8). [...] estamos vivendo uma realidade muito diferente (8). [...] tem pacientes que vêm e são largados no ambulatório [...] muitas vezes são pessoas idosas (8). [...] A taxa de óbito aqui é alta (8). [...] tentamos separar o paciente que está mais grave, mas nem sempre é possível (9). [...] é uma enfermeira por unidade, de manhã e à tarde [...] e à noite ela fica com mais unidades (12). [...] há uma avaliação dos pacientes mais graves para liberar a permanência do acompanhante (12). [...] Hoje a enfermeira checa toda a medicação com o auxiliar no setor do QT, depois ele sobe para a unidade e administra (13). [...] a estabilidade do profissional no setor é extremamente importante dentro desse serviço (13). [...] ter baixa rotatividade de profissionais inspira confiança nos pacientes (13). [...] treina-se até se conseguir novamente que os profissionais desenvolvam bem o trabalho (13). [...] Quando a enfermeira da unidade não consegue resolver, o auxiliar sinaliza para a enfermeira da QT (13). [...] no ambulatório atendemos, <i>a priori</i>, aos pacientes que estão numa condição mais razoável (13). [...] o hospital sempre priorizou a assistência ao paciente carente (13) [...] o paciente carente aqui tem toda regalia (13). [...] os pacientes de convênio aqui não têm nenhuma regalia (13). [...] os pacientes de convênio são tratados da mesma forma que os pacientes carentes [...] todos são iguais (13). [...] quando o serviço era menor, [...] a QT na unidade de internação tinha um fluxo melhor (13). [...] Quando o auxiliar de enfermagem tem dúvida, ele se reporta à enfermeira (13). [...] Fazemos palestras na UI, mas isso não é suficiente para capacitar a equipe de enfermagem (13). [...] Aqui temos níveis bem variados de pacientes (13). [...] a maioria dos pacientes que vem ao hospital nós tratamos (14). [...] tem vários médicos atendendo e a enfermeira atende a maioria dos pacientes que saem da consulta (14). [...] Aqui é um serviço muito diferenciado (14)</p>
<p>Valorização do Planejamento (RNPvpl)</p>	<p>[...] tudo é a enfermagem [...] tudo (1). [...] A visão da equipe de enfermagem tem mudado (2). [...] os auxiliares mudaram a forma de tratar os pacientes (2). [...] os auxiliares estão enxergando que o paciente está mais exigente (2). [...] os auxiliares estão enxergando que o paciente está solicitando mais (2). [...] os auxiliares estão enxergando a evolução do planejamento da assistência (2). [...] a enfermeira tem como planejar a assistência em todos os setores do hospital (2). [...] os auxiliares comunicam muitas vezes [...] à enfermeira sobre o acesso vencido (2). [...] Tem que direcionar para a maior qualidade de assistência possível (2). [...] a enfermeira traça para cada tipo de paciente o que ele precisa (3). [...] no setor onde trabalho o planejamento é bom (3). [...] é buscar um resultado satisfatório da assistência (4). [...] Quando a enfermeira planeja, ela se preocupa com o início e o fim da assistência (4). [...] tentamos [...] um planejamento individualizado para o paciente oncológico (5). [...] a área de Psico-oncologia aqui é muito boa (8). [...] a Psicologia ajuda muito no tratamento desses pacientes (8). [...] a enfermagem “são os olhos”</p>

<p>Valorização do Planejamento (RNPvpl)</p>	<p>do hospital (9). [...] Enfermagem é tudo (9). [...] o que vejo é um hospital oncológico, que recebe muitos pacientes cirúrgicos com possibilidade de tratamento (11). [...] é o básico que se consegue oferecer, [...] dentro da realidade (13). [...] é ir além da questão do cuidado (13). [...] O grupo de humanização atua há alguns anos no hospital e é voltado para pacientes e funcionários (17). [...] O grupo de humanização faz vários trabalhos com os funcionários (17). [...] O grupo de humanização tem profissionais de todas as áreas (17). [...] Temos aqui o Programa de Apoio aos Pacientes Ostomizados (PAPO) que surgiu há alguns anos (17). [...] há cerca de dez anos o PAPO foi reformulado com novos objetivos (17). [...] O PAPO fornece as bolsas de colostomia e acompanha o paciente por toda a vida (17). [...] Já temos um grupo de reabilitados, e ele nos ajuda na consulta, no pré-operatório (17). [...] O grupo de reabilitados orienta o paciente novo de como é o retorno no pós-operatório (17). [...] buscamos saber o que eles pensam, o que vêem de positivo e negativo no hospital (17). [...] e isso a gente leva e discute junto à equipe e vê o que pode fazer para melhorar (17)</p>
<p>Valorização do Profissional (RNPvpr)</p>	<p>[...] Hoje o hospital evoluiu muito em relação à visão da enfermagem (2). [...] Tentamos humanizar mais a assistência (7). [...] Fornecemos um conforto maior (7). [...] temos que oferecer o conforto necessário ao paciente (9). [...] não podemos esquecer do familiar que está ao lado desse paciente (9). [...] A enfermeira busca se manter atualizada (13). [...] a enfermeira procura atualizar-se para acompanhar o que está acontecendo de novo (13). [...] buscamos [...] ter um nível muito bom de auxiliares aqui (13). [...] buscamos auxiliares que trabalhem com segurança no que fazem (13). [...] Ao planejar é importante que vejamos o profissional que cuida (17). [...] Lidamos com a morte [...] é importante ver como é que anda esse profissional (17). [...] é importante ver as condições que esse profissional tem para estar ali cuidando (17). [...] é importante ver em que unidade esse profissional gosta de trabalhar (17). [...] não podemos planejar a assistência sem cuidar do cuidador (17). [...] Fazemos um trabalho de remanejamento com toda equipe de enfermagem (17). [...] Toda equipe de enfermagem está passando em todos os setores (17). [...] Muitos profissionais não concordam, mas esse remanejamento acaba sendo imposto (17)</p>
<p>Valorização do Paciente (RNPvpa)</p>	<p>[...] temos que dar tudo ao paciente até o óbito (2). [...] temos que ter todo cuidado ao planejar (2). [...] não podemos deixar o paciente sentir dor (3). [...] damos prioridade ao paciente que tem prioridade (8). [...] Precisa manter o familiar para acompanhar esse paciente (9). [...] ele vai ficar muitos dias internado (9). [...] ele vai ficar internado no meio de pessoas estranhas (9). [...] é não esquecer que ali tem um paciente (17). [...] é não esquecer os cuidados que devemos ter com o paciente (17). [...] o paciente sempre pede para internar na unidade onde estava antes, e a gente tem feito isso (17). [...] atender ao pedido do paciente mostra que existe um ganho, um melhor resultado na assistência (17)</p>
<p>Valorização da Capacitação (RNPvcp)</p>	<p>[...] a equipe de enfermagem hoje [...] recebe treinamentos (2). [...] os treinamentos ocorrem com mais frequência (2). [...] toda vez que tem uma palestra é visando uma melhor qualidade da assistência (2). [...] procuramos [...] orientar os técnicos de outras áreas também (2). [...] é procurar orientar aqueles técnicos que não têm uma relação muito direta com o paciente (2). [...] orientamos quanto à necessidade de priorizar o atendimento do paciente internado (2). [...] o paciente precisa voltar logo para a unidade (2). [...] buscamos [...] ter um nível muito bom de auxiliares aqui (13). [...] buscamos auxiliares que trabalhem com segurança no que fazem (13). [...] procuramos sempre fazer treinamentos com os profissionais (13). [...] procuramos estar sempre esclarecendo as dúvidas em serviço (13). [...] é importante esclarecer as dúvidas dos profissionais “in loco” (13). [...] é importante falar, palestrar e dar material teórico também (13). [...] sinalizo logo a auxiliar de enfermagem quando vejo algo que não está de acordo (13). [...] Procuramos ver se os funcionários estão seguros do que estão fazendo (13). [...] Temos um período de treinamento de dois a três meses quando eles são admitidos (13). [...] existe um projeto de fazer um treinamento “in loco” (13). [...] existe um projeto onde o funcionário novo irá</p>

Valorização da Capacitação (RNPvcp)	treinar no setor de QT (13). [...] quando há um esquema novo, a enfermeira orienta os auxiliares (13). [...] a educação em serviço é muito, muito importante (13). [...] a educação em serviço concretiza (13). [...] é o período necessário para a enfermeira acompanhar, observar e supervisionar o funcionário novo (13)
Valorização da SAE (RNPvsa)	[...] é super-importante o plano de cuidados (2). [...] é super-importante a gente perceber que os funcionários estão mais interessados no plano de cuidados (2). [...] É muito importante desenvolver a sistematização da assistência (13). [...] A Oncopediatria já abriu com a SAE (17). [...] Montamos agora uma comissão de SAE, que vai definir os impressos a serem usados (17)

Categoria 3 – ATRIBUTOS NECESSÁRIOS AO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (ANP)

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
<p>Conhecimento sobre o Paciente (ANPcpa)</p>	<p>[...] a faixa etária das cirurgias oncológicas tem diminuído (1). [...] Tem chegado pacientes com 34, 20 e poucos anos, tirando ovários, mama (1). [...] não existe mais aquela coisa da idade avançada (1). [...] não existe mais aquela coisa de que quem tem câncer de mama é aquela idosa que não fez exame e não se cuidou (1). [...] Hoje vem paciente jovem (1). [...] o paciente acamado, paraplégico, grave e/ou idoso necessita de acompanhante (1). [...] São muitos pacientes em estado precário (1). [...] os pacientes não têm condições de colaborar (1). [...] os pacientes não podem, às vezes, nem virar para o lado (1). [...] a maioria dos pacientes aqui tem idade avançada: 70, 80, 90 anos (1). [...] tem pacientes que são uma dádiva de Deus (1). [...] tem pacientes que colaboram com os outros pacientes (1). [...] cada paciente tem suas diferenças em relação à patologia (1). [...] o paciente oncológico tem as suas diferenças (1). [...] a diferença do paciente oncológico para os outros é a questão da morte (1). [...] é ver a morte na sua frente (1). [...] são pacientes que vêm com câncer avançadíssimo (1). [...] são pacientes sem condições de operar ou fazer a quimioterapia (1). [...] O paciente com câncer [...] agora é mais exigente (2). [...] O paciente é mais esclarecido (2). [...] a maioria dos pacientes aqui é do interior (2). [...] hoje o paciente exige mais seus direitos (2). [...] a dor no paciente oncológico não melhora somente com a medicação (2). [...] o paciente oncológico vem com depressão (2). [...] tem a questão da ausência da família e dos filhos (2). [...] ele vem com aquela dor forte, constante e intensa (2). [...] o paciente sente uma dor que não passa (2). [...] às vezes tem ainda a dor da perda de um membro (2). [...] a paciente mastectomizada fica deprimida (2). [...] a paciente mastectomizada é mais carente (2). [...] são coisas diferentes que [...] outros tipos de pacientes não têm (2). [...] O paciente hipertenso que cuida da pressão [...] melhora e [...] vai pra casa (2). [...] o paciente oncológico não volta rápido pra casa (2). [...] ele fica um, dois, três meses, vai pra casa e volta (2). [...] quando achamos que o paciente está melhor, ele volta pior (2). [...] o paciente oncológico é completamente diferente (2). [...] Os pacientes [...] faziam quimioterapia, radioterapia, tinham dor e as mesmas queixas (2). [...] por mais que o nível sócio-econômico seja diferenciado, é a mesma coisa para eles (2). [...] eles têm depressão [...] pela ausência da família (2). [...] os pacientes oncológicos levam 1-2 meses sentindo dor (2). [...] o nível de entendimento do paciente às vezes é baixo (3). [...] muitas vezes o que é explicado na consulta pré-anestésica ele esquece (3). [...] alguns pacientes oncológicos nem sabem o que têm [...] e já vêm deprimidos (3). [...] eles já têm esse fator depressivo (3). [...] A mulher que vem tirar uma mama [...] vem acabada (3). [...] o paciente oncológico tem as suas diferenças (3). [...] a paciente vem com a auto-estima lá embaixo (3). [...] o paciente oncológico vem com o psicológico muito afetado (3). [...] o paciente não assimila muito as orientações na consulta de enfermagem porque está nervoso (4). [...] ele fica sem saber como vai ficar tanto tempo fora de casa (4). [...] o paciente fica longe da família, sem trabalhar (4). [...] isso cria no paciente [...] certa dependência da enfermagem (4). [...] é muito comum os pacientes que estão em tratamento virem com intercorrências (4). [...] além de ter um câncer, é um paciente carente (4). [...] os pacientes com câncer e outros que se deparam com a morte, vivenciam algo mais (4). [...] a partir daí é um paciente diferenciado (4). [...] Não é um paciente que se trata somente a doença (4). [...] o paciente quando está no hospital acha que vai ficar um tempo e vai embora (4). [...] quando ele se defronta com a morte, vê o quanto é vulnerável (4). [...] o paciente oncológico tem como diferencial a sensibilidade (5). [...] os pacientes oncológicos são mais debilitados, desnutridos (5). [...] A higiene desses pacientes tem que ser muito trabalhada [...] eles vêm de um nível cultural diferente (5). [...] A enfermeira tem que saber qual é o nível cultural do paciente que está lidando (5). [...] e enfermeira tem que ter muito cuidado com o tipo de palavra que vai usar com o paciente (5). [...] o modo de falar, em relação ao nível cultural do paciente, tem que ser mais trabalhado (5). [...] é saber encaminhar quando o paciente vai precisar de acompanhamento psicológico (6). [...] é saber encaminhar o paciente à psicologia quando ele vai passar por uma</p>

Conhecimento
sobre o Paciente
(ANPcpa)

cirurgia mutiladora (6). [...] temos que considerar que nem todo paciente com câncer é igual (6). [...] o paciente com câncer é mais debilitado (6). [...] É um paciente muito agredido pela ação das drogas (6). [...] é um paciente que sofre pela agressão das manipulações (6). [...] É um paciente muito manipulado mesmo (6). [...] o paciente é punccionado demais (6). [...] será que o paciente ainda quer ser furado? (6). [...] Ele é diferente de um paciente cardiológico (6). [...] o paciente cardiológico quando faz cirurgia, ou vai para casa feliz com suas pontes de safena ou vai a óbito (6). [...] O paciente com câncer não, ele vai pra casa e volta (6). [...] às vezes o paciente volta e morre ali ao lado da família (6). [...] existe uma pessoa além da doença (6). [...] É diferente o paciente com câncer (6). [...] o paciente com câncer é muito manipulado, agredido e maltratado com todo o tratamento (6). [...] é alguém que está ali num processo de sofrimento [...] e de dor (8). [...] o paciente está num processo de negação da própria doença (8). [...] isso o faz sentir-se com baixa auto-estima [...] deteriorado (8). [...] alguns não sabem lavar as mãos direito, nem tampouco usar o vaso sanitário (8). [...] toda essa carga vem junto com ele e participa de sua hospitalização (8). [...] o paciente oncológico reúne um pouco do paciente cardiológico, hipertenso, nefrológico (8). [...] Ele tem diversos problemas (8). [...] o que diferencia é a condução do próprio tratamento do câncer (8). [...] Existe uma ligação muito forte do paciente com o câncer [...] mas tem fatores que vêm enraizados no paciente (8). [...] Tem pacientes aqui que muitas vezes estão deitados na cama e com problemas emocionais seríssimos (8). [...] tem pacientes com problemas com o marido ou a esposa, que o rejeitou, que não veio visitá-lo (8). [...] vemos isso de maneira muito clara, porque ele expressa (8). [...] Ele tem vontade de morrer (8). [...] o paciente com câncer tem um alto índice de suicídio (8). [...] as próprias drogas do seu tratamento têm efeitos que podem provocar variações no seu humor (8). [...] tem ainda a questão do paciente negar a doença (8). [...] às vezes o paciente não tem conhecimento do seu quadro e vêm com outras doenças além do câncer (8). [...] tem paciente que vem com doenças como a AIDS, que está aumentando (8). [...] e o paciente ainda tem que contar para a família (8). [...] o paciente oncológico tem problemas enraizados muito fortes (8). [...] O paciente vem fragilizado pela própria doença, que desidrata e desnutre (8). [...] e vem com doença de solidão e de abandono (8). [...] há paciente que recebe alta, mas não sai porque a família rejeita (8). [...] tem pacientes terminais que a família não quer participar do cuidado (8). [...] isso potencializa muito o processo de morte deles (8). [...] eles vêm num processo individual de crescimento (8). [...] Já houve um relato de paciente com câncer de colo uterino que [...] conseguiu a cura [...] uma auto-cura (8). [...] é saber que o paciente é uma pessoa humana (8). [...] a enfermeira tem que saber abordar o paciente (8). [...] Pode estar no prontuário que o paciente não tem mais possibilidade de cura (9). [...] tem diferenças principalmente pela ansiedade, pelo desconhecimento da doença (9). [...] considero como questão principal no paciente oncológico: a dor e a ansiedade (9). [...] Apesar de existirem vários tipos de câncer, para o paciente é tudo a mesma coisa (9). [...] o paciente sofre também em ver a dor do outro (9). [...] o paciente fica numa enfermaria e acompanha tudo que acontece (9). [...] tem paciente que fica com aqueles mais graves na enfermaria [...] e, ao invés de progredir, acaba regredindo (9). [...] a enfermeira tem que ser direta em dizer de forma clara o que o paciente tem (11). [...] o planejamento da assistência é exatamente [...] saber o que está previsto para o paciente (11). [...] é saber a extensão da doença [...] e o prognóstico (11). [...] os pacientes com leucemia pela manhã podem estar bem, conversando, e à tarde [...] começar a sangrar (11). [...] e à noite o paciente pode evoluir a óbito (11). [...] o paciente oncológico precisa ser valorizado na sua complexidade (11). [...] Com certeza [...] o paciente oncológico requer mais atenção (12). [...] o paciente com câncer é especial (12). [...] é um paciente que na maioria das vezes está em fase terminal (12). [...] o paciente sabe quando não tem mais cura (12). [...] é o paciente que está aqui para o conforto e não para a cura (12). [...] o paciente busca o conforto e melhorar a qualidade de vida que lhe resta (12). [...] a parte emocional do paciente oncológico é mais afetada (12). [...] Às vezes ele chega numa fase avançada [...] faz-se tudo e não resolve (12). [...] às vezes não tem mais tratamento para esse paciente (12). [...] a família espera que o paciente se cure e vá para casa (12). [...] às vezes a família queria que esse paciente fosse para a UTI (12). [...] é pensar no

<p>Conhecimento sobre o Paciente (ANPcpa)</p>	<p>paciente em relação aos cuidados de saúde (13). [...] A UTI tem aspectos bem parecidos com a oncologia (13). [...] os profissionais sabem que o paciente pode ir a óbito com a própria QT (13). [...] às vezes, por mais que se explique, o paciente esquece (13). [...] há pacientes que não conseguem vir na data certa (13). [...] há pacientes que não conseguem ter uma alimentação adequada (13). [...] um paciente fica incomodado pela situação do outro que está muito debilitado (13). [...] o paciente fica incomodado com o outro que está usando sonda (13). [...] o paciente fica incomodado com o outro que tem uma tumoração enorme ou está com muito odor (13). [...] têm chegado pacientes cada vez mais esclarecidos (13). [...] alguns pacientes dizem até a medicação que querem usar (13). [...] na oncologia e na UTI existe o confronto com a morte, a questão da família (13). [...] o paciente oncológico é um pouco mais estável que o paciente da UTI (13). [...] o paciente oncológico pode estar bem e no momento seguinte complicar (13). [...] existem diferenças no paciente com câncer pela própria peculiaridade da doença (13). [...] na oncologia existe a questão de lidar com o paciente e com a família (13). [...] quando o paciente adocece, a família adocece junto (13). [...] tem paciente jovem que chega num estado pior do que o idoso que vem na cadeira de rodas (14). [...] numa unidade de clínica médica podemos priorizar o atendimento ao idoso (14). [...] Às vezes o paciente jovem está pior e temos que colocá-lo na maca para tomar a QT (14). [...] e o paciente idoso toma a medicação sentado por encontrar-se melhor (14). [...] Na unidade oncológica atende-se jovens e idosos [...] temos uma variedade maior de faixa etária (14). [...] Aqui é diferente [...] nem sempre o mais idoso está em pior estado (14). [...] às vezes o paciente não quer receber visita (17). [...] achamos que ele precisa de mais visitas (17). [...] às vezes o paciente volta num segundo internamento e não consegue se adaptar a outra unidade de internação (17). [...] o paciente oncológico tem um tempo de tratamento maior dentro de uma instituição (17). [...] o paciente oncológico não chega opera e vai logo embora (17). [...] É um paciente que opera, faz quimioterapia, faz radioterapia (17). [...] percebemos que muitos pacientes ostomizados abandonavam o tratamento por falta de bolsa de colostomia, porque tinham feridas peristoma (17). [...] muitas vezes os pacientes não tiveram nenhum contato com outro paciente ostomizado e nem tem idéia do que seja isso (17). [...] Nesse grupo de auto-ajuda os pacientes trocam experiências, para enfrentar esse processo de doença e reabilitação (17). [...] Muitas vezes, após a reabilitação, o paciente faz questão de continuar participando do grupo (17). [...] tivemos um paciente que não queria fechar a colostomia para não perder o vínculo que havia criado com o grupo (17). [...] O paciente vem cheio de fantasias, sem nem saber o que é uma bolsa de colostomia (17).</p>
<p>Conhecimento sobre a Doença (ANPcdo)</p>	<p>[...] tem tipos de câncer raríssimos aqui (1). [...] é a lei da vida mesmo (1). [...] há pacientes com tipo de câncer gravíssimo (1). [...] a maioria dos casos aqui é de câncer avançado (1). [...] a maioria dos casos é já determinado para a morte (1). [...] a morte aqui é uma coisa muito clara (1). [...] o cirurgião diz que está fora de possibilidade cirúrgica (1). [...] tem o médico da quimioterapia diz que está fora de possibilidade de tratamento (1). [...] o radiologista descarta tratamento [...] e o paciente vai para o clínico paliativo (1). [...] O diferencial aqui é a morte (1). [...] O paciente oncológico tem [...] sintomas que o diferenciam de outros clientes (2). [...] tem sintomas que são diferentes de outros tipos de patologia (2). [...] ele está com aquela doença (2). [...] ele já sabe sobre a doença (2). [...] a maioria dos pacientes não sabe que está com a doença (2). [...] muitos pacientes são mais esclarecidos e já sabem (2). [...] muitos já sabem que estão com aquela doença (2). [...] eles têm depressão também porque estão com a doença (2). [...] realmente o câncer é uma doença muito agressiva (2). [...] é uma doença muito sofrida (2). [...] está atingindo gente muito jovem (2). [...] está alarmando a população (2). [...] A quantidade de casos de câncer realmente cresceu (2). [...] é como se a doença não tivesse cura (3). [...] é como se ele fosse morrer (3). [...] o câncer é uma doença da família (4). [...] termina envolvendo a família inteira do paciente [...] o seu lado social (4). [...] o câncer mexe com a auto-estima do paciente, porque em geral tem uma perda física (4). [...] o câncer altera a imagem corporal do paciente (4). [...] o câncer interfere no psicológico e no emocional do paciente (4) [...] o câncer tem o lado de se defrontar com a mortalidade (4). [...] o paciente se refere a 'aquela doença', negando-a (5).</p>

<p>Conhecimento sobre a Doença (ANPcdo)</p>	<p>[...] em relação aos procedimentos, aos cuidados diretos, os pacientes aceitam bem (5). [...] Existe o estigma do câncer (5). [...] Tem paciente que entra aqui e nem fala a palavra câncer (6). [...] Na oncologia a questão social é muito forte e envolve a todos (7). [...] Não é somente o paciente que adoece (7). [...] É uma doença que tira muita coisa do paciente (7). [...] o hospital carrega o estigma do câncer (8). [...] muitas pessoas não querem nem passar pela porta (8). [...] percebo que a doença oncológica está ligada à história dos pacientes (8). [...] em nossos pacientes geralmente o câncer tem uma relação muito grande com questões afetivas (8). [...] a taxa de óbito é alta pela incidência de pacientes terminais (8). [...] tem pacientes que chegam num dia e no outro morrem (8). [...] Tem situações e situações (8). [...] onde além da doença tem o fator emocional que é muito forte (8). [...] é uma doença que o faz sentir-se no pior da palavra (8). [...] o próprio câncer faz esse processo de autodestruição, psicologicamente falando (8). [...] é pelo mito que todo mundo tem da doença (9). [...] É câncer: vai morrer (9). [...] é pela questão do desconhecimento sobre a doença (9). [...] é saber se preparar para a doença (11). [...] é saber o que pode acontecer com o paciente que retirou determinado órgão (11). [...] o paciente já chega com o 'peso' gigantesco do estigma social aqui (17). [...] O câncer é uma doença que tem um estigma social pesadíssimo (17). [...] muitos pacientes ostomizados abandonavam o tratamento por causa da exclusão social (17).</p>
<p>Conhecimento (ANPcon)</p>	<p>[...] temos pouco conhecimento sobre a nomenclatura para malignidade (1). [...] a enfermeira tem que entender da parte cirúrgica (1). [...] a enfermeira vê as prioridades do paciente operado (1). [...] a enfermeira tem que saber o que está acontecendo com o paciente (1). [...] tem que ter conhecimento científico para embasar o planejamento (1). [...] a enfermeira tem que estar atenta pra todas as intercorrências (1). [...] a enfermeira tem que saber sobre a cirurgia (1). [...] tem que entender o que foi feito com o paciente (1). [...] conhecemos as funções de toda a equipe (1). [...] a enfermeira deve ter conhecimento das intercorrências esperadas (1). [...] a oncologia é uma área que exige conhecimento especialização (1). [...] tem enfermeiro especialista em dor na Oncologia (1). [...] o primordial é saber o nível de conhecimento desse paciente para [...] fazer um planejamento individualizado (5). [...] a equipe deve conhecer todo o planejamento previsto para o paciente (6). [...] precisamos ter conhecimento (6). [...] na UTI sabemos tudo sobre o doente oncológico (7). [...] na UTI sabemos como tudo aconteceu desde o início (7). [...] na UTI há espaço para discutirmos o caso do paciente (7). [...] é preciso entender o paciente para poder atendê-lo melhor (8). [...] é preciso entender o paciente para dar uma assistência de enfermagem diferenciada (8). [...] a enfermeira tem que orientar o paciente sobre como vai ser a cirurgia, o que ele poderá sentir (11). [...] essa é a grande questão do planejamento (11). [...] o planejamento tem alterações durante o dia [...] depende muito do olho clínico da enfermeira (11). [...] a enfermeira precisa ter conhecimento pra poder lidar [...] com o paciente oncológico (11). [...] a enfermeira precisa saber o tipo de câncer que está lidando [...] tem detalhes que são bem específicos (11). [...] o bom de conhecer a oncologia é saber o que pode vir com a doença (11). [...] é saber o que ele pode sentir (11). [...] é saber qual a programação prevista para o paciente (11). [...] É visitar o paciente e ver suas prioridades (12). [...] é ver o que é mais urgente fazer com ele e para ele (12). [...] o conhecimento quanto ao planejamento ainda está muito superficial (13). [...] é ver as condições do paciente em se tratar (13). [...] é ver as condições do paciente de ter acesso até a um anti-emético em casa (13). [...] ela checa seus antecedentes para evitar possíveis complicações durante a QT (13). [...] temos que sinalizar tudo muito bem [...] para que o paciente não deixe de vir fazer o tratamento (13). [...] a enfermeira precisa verificar o nível de instrução do paciente (13). [...] a enfermeira precisa perceber o quanto o paciente irá absorver das informações (13). [...] precisamos estar atentas ao tipo de linguagem que vamos usar com o paciente (13). [...] a linguagem usada com o paciente deve ser a mais simples possível (13). [...] a enfermeira precisa de conhecimento para poder planejar (13). [...] o profissional precisa saber os cuidados em relação ao paciente (13). [...] Temos que orientar o paciente sobre o que ele vai usar (13). [...] a enfermeira deve orientar o paciente sobre quantas horas vai durar sua QT (13). [...] a enfermeira deve orientar sobre os cuidados que o paciente precisa tomar (13). [...] a enfermeira dá as orientações</p>

<p>Conhecimento (ANPcon)</p>	<p>necessárias para minimizar os efeitos colaterais da QT (13). [...] a enfermeira tem que reforçar a questão da hidratação [...] e sua importância durante a QT (13). [...] a enfermeira depois faz a supervisão do registro (13). [...] o paciente passa por todos os setores do hospital e é importante que uma equipe conheça a realidade da outra equipe (17). [...] é importante que uma equipe conheça a realidade da outra para dar uma melhor continuidade da assistência (17). [...] é importante que uma equipe conheça a realidade da outra para trocar experiências profissionais (17).</p>
<p>Responsabilidade (ANPres)</p>	<p>[...] a enf^a tem que visitar diariamente de 20 a 30 pacientes (2). [...] O planejamento da assistência não pode deixar a enfermeira mais distante do paciente (8). [...] o paciente deve ser visto com respeito à sua dignidade (8). [...] temos que estar atentas para que o tratamento dele flua de um modo mais suave (13). [...] temos que estar atentas para que o tratamento flua sem maiores complicações (13). [...] a enfermeira tem que observar essas condições para que o paciente possa levar o tratamento adiante (13). [...] a enfermeira tem que dar uma orientação em cima da realidade do paciente (13). [...] o profissional tem que ter segurança no que faz (13). [...] o profissional precisa saber as precauções que deve usar (13). [...] a enfermeira precisa estar atenta principalmente para os pacientes em estado mais precário (13). [...] esses pacientes vêm pra cá num processo de vida e precisamos respeitá-los (8). [...] a enfermeira tem que aprender a ir além do tratamento (13). [...] a enfermeira tem que aprender a dignificar aquela situação que não pode reverter mais (13). [...] temos que ter uma assistência mais direcionada pra humanização, para o psicológico (17). [...] devemos oferecer um suporte maior para o psicológico do paciente (17). [...] o suporte psicológico é para que o paciente tenha estrutura para continuar o tratamento (17). [...] temos que atender à família, para que ela ajude e encoraje o paciente nesse processo de adoecer (17)</p>
<p>Experiência (ANPexp)</p>	<p>[...] como enfermeira assistencial em oncologia adquirimos muito conhecimento (1). [...] nesses anos todos [...] já sabemos mais ou menos como é fazer isso (1). [...] Já trabalhei com diabéticos e hipertensos [...] os cuidados eram direcionados somente para esse tipo de paciente (2). [...] o paciente cirúrgico, quando sente dor, toma medicação e melhora (2). [...] já trabalhei em oncologia em um serviço privado (2). [...] A experiência com os pacientes foi a mesma (2). [...] já trabalhei com obstetrícia, era outra coisa [...] era “vida” que via todos os dias (2). [...] na obstetrícia via crianças nascendo [...] via mães sorrindo (2) . [...] Trabalhei em clínica cirúrgica e era outra coisa [...] Os pacientes operavam, saíam bem e iam para casa (2). [...] todos os caminhos indicam à morte (2). [...] Trabalhei durante [...] em clínica médica com pacientes fora de possibilidade terapêutica (7). [...] trabalhei com pacientes com prognósticos difíceis (7). [...] para o planejamento a enfermeira tem que ajustar a teoria à prática (8). [...] assim, a enfermeira busca entender o paciente (8). [...] é ver o universo do paciente (8). [...] é tentar adequar a necessidade do paciente ao universo do conhecimento (8). [...] a equipe de profissionais mais antiga tem uma outra forma de trabalho (9). [...] a assistência de enfermagem tem um momento [...] que muda (11). [...] a assistência de enfermagem deixa de ser terapêutica e passa a ser assistência emocional e de conforto (11). [...] os profissionais sabem que se não fizerem o tratamento, o paciente não vai melhorar (13)</p>

<p>Supervisão (ANPsup)</p>	<p>[...] precisa ver se as enfermeiras estão realizando os planos (6). [...] precisa observar tudo que é feito (6). [...] na unidade fechada a enfermeira está mais próxima do paciente (6). [...] na UTI Há espaço para supervisionar os técnicos (7). [...] a enfermeira tem que estar ao lado do paciente grave, atuando e supervisionando a equipe (9). [...] a enfermeira que tem que estar o tempo todo orientando (9). [...] tentamos supervisionar todos os funcionários (13). [...] quimioterapia é assim: fez, não tem mais volta (13). [...] podemos estar vigilantes através do auxiliar que sinaliza as intercorrências (13). [...] podemos estar vigilantes através do paciente que é orientado (13). [...] Durante a administração da QT precisa haver vigilância constante (13). [...] a vigilância é um dos cuidados de enfermagem fundamentais na hora da administração da QT (13)</p>
<p>Atributos Pessoais (ANPpes)</p>	<p>[...] tem que ser humano e ser bom, como pessoa, para poder trabalhar na área de saúde (1). [...] tem que trabalhar numa boa, sem querer ser melhor que ninguém (1). [...] o profissional tem que ter bom astral (1). [...] a enfermeira deve ter a consciência tranqüila naquilo que faz (1). [...] a enfermeira em sua unidade de trabalho, tem seu planejamento, sua organização (2). [...] Tento alcançar um resultado satisfatório (4). [...] precisamos ter muita sensibilidade para lidar na oncologia (6). [...] precisamos ter toda a sensibilidade para lidar com o paciente com câncer (6). [...] precisamos ter amor para cuidar (6). [...] aqui não há lugar para quem não tem compromisso (7). [...] A enfermagem tem que gostar de cuidar (9). [...] as pessoas aqui são dedicadas (13). [...] as pessoas aqui procuram dar o melhor de si no trabalho (13). [...] temos que aprender a nos preparar para a morte (13). [...] é nosso papel enquanto profissional (13). [...] procuro reforçar isso com o funcionário (13)</p>

Categoria 4 – FATORES INTERVENIENTES NO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (FIP)

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Facilitadores (FIPfac)	<p>[...] a auxiliar de enfermagem fica com 3-4 pacientes para dar banho, a depender do dia (1). [...] O hospital evoluiu bastante desde que cheguei aqui (2). [...] o hospital tem melhorado muito [...] já tem a oncopediatria (2). [...] temos um grupo de humanização no hospital (2). [...] Não lembro de dificuldade para o planejamento da assistência (2). [...] isso melhorou a assistência (2). [...] isso melhorou a visão dos funcionários sobre os pacientes (2). [...] isso melhorou tudo (2). [...] o paciente sabe que pode procurar a enfermeira para tirar dúvidas (4). [...] ele pode trazer suas queixas (4). [...] senão ela não dá conta (4). [...] O que dá para agilizar, fazemos (4). [...] o resto tem que esperar um pouco (4). [...] Os pacientes mais esclarecidos são mais fáceis de aceitar a doença (5). [...] É um paciente que chama muito por Deus (6). [...] Não vejo uma rotatividade grande de funcionários (9). [...] Aqui a equipe de enfermagem colabora (9). [...] Quando chega uma funcionária nova procuro sempre ficar por perto (9). [...] procuro estar por perto vendo o que essa funcionária nova vai fazer, orientando-a, supervisionando-a (9). [...] pra daqui a um tempo essa funcionária nova estar trabalhando na nossa linha de pensamento (9). [...] Na UTI oncológica a enfermeira tem respaldo pelo fato do médico estar o tempo todo ali (11). [...] isso dá à enfermeira conforto de atrelar a assistência de enfermagem diária à intervenção médica imediata [...] isso é bom (11). [...] na UTI tem uma equipe maior de enfermeiras (11). [...] uma equipe maior de enfermeiras permite a elas sentar e conversar sobre o planejamento da assistência (11). [...] a equipe de enfermagem está próxima e fica 24h com o paciente (11). [...] Agora a sala de QT está mais tranqüila, bem melhor para trabalhar (13). [...] hoje em dia temos menos rotatividade de profissionais aqui no setor (13). [...] a baixa rotatividade de profissionais permite ter uma linha de trabalho (13). [...] os profissionais de enfermagem ficam em média 2 a 3 anos no setor (13). [...] isso permite que os profissionais de enfermagem engrenem (13). [...] Se todas as profissionais de enfermagem já souberem o processo de trabalho, engrenam (13). [...] O paciente pode ir bem do início ao final da sua QT (13). [...] Alguns pacientes têm perspectiva de cura (13). [...] Quando conhecemos os pacientes, os encaminhamentos necessários podem ser agilizados (14). [...] se tivesse um número maior de enfermeiras o paciente seria atendido mais rápido (14)</p>
Limitantes (FIPlim)	<p>[...] o paciente ganha a causa na Justiça [...] mas sabemos que o tempo corre e a doença avança (1). [...] o Sistema Único de Saúde (SUS) não cobre todas as medicações quimioterápicas (1). [...] o paciente vem com um tumor agressivo que tem cura, mas às vezes a medicação não é coberta (1). [...] O paciente entra na Justiça pra que o SUS forneça o remédio, devido a seu alto custo (1). [...] há um número reduzido de cadeiras para os acompanhantes (1). [...] a enfermeira não tem facilidade de falar (1). [...] ela sabe que peca em várias coisas (1). [...] às vezes a auxiliar fica com muitos pacientes devido à ausência de outro colega (1). [...] Os atestados médicos de funcionários são corriqueiros aqui (1). [...] às vezes os auxiliares de enfermagem se juntam para dar os banhos e fazer medicação (1). [...] percebem que o colega não tem condições de dar o banho sozinho (1). [...] a auxiliar de enfermagem fica com 3-4 pacientes para dar banho, a depender do dia (1). [...] às vezes pela ausência de outro colega (1). [...] não tinha o histórico de enfermagem (2). [...] quando entrei aqui não tinha treinamento com frequência (2). [...] tínhamos muitas queixas em relação [...] à assistência anteriormente dada pelas auxiliares (2). [...] tem o técnico que fica somente no comando dos equipamentos diagnósticos (2). [...] muitas vezes acha que o paciente tem que esperar (2). [...] Essa atitude não deve ser assim [...] o paciente não deve esperar (2). [...] quando entrei no hospital tudo era muito rudimentar [...] tudo era muito difícil (4). [...] quando entrei no hospital não tinha sistematização (4). [...] quando entrei no hospital não se evoluíam os pacientes (4). [...] quando entrei no hospital havia poucas enfermeiras [...] havia pouco suporte administrativo (4). [...] foi muito difícil conseguir melhorias nesses aspectos (4). [...] na consulta de enfermagem surgem todas essas questões sociais</p>

<p>Limitantes (FIPlim)</p>	<p>(4). [...] a enfermeira termina por trabalhar por prioridades (4). [...] Os pacientes vêm muito sensíveis (5). [...] os pacientes não sabem muito sobre a doença (5). [...] muitos pacientes vêm pensando que vão morrer (5). [...] os pacientes menos esclarecidos são mais difíceis em aceitar a doença (5). [...] Os pacientes mais carentes são mais resistentes [...] em aceitar falar sobre a doença (5). [...] a dificuldade do paciente é maior em relação a falar sobre a doença em si (5). [...] a equipe tenta implementar a SAE, às vezes sem saber por onde começar (5). [...] a sistematização é um processo difícil (5). [...] pensa-se que é fácil organizar a SAE, mas é difícil (5). [...] Não deveria ser assim, pois não temos intimidade com o impresso do outro setor (5) [...] não há continuidade dos registros (5). [...] os impressos diferenciados geram dificuldade em achar informações (5). [...] Planejar a assistência [...] às vezes é um pouco complicado, por causa do quantitativo de pacientes (5). [...] não é dado seguimento a essa sistematização na unidade de internação (6). [...] Muitas vezes o paciente tem um acesso venoso difícil (6). [...] muitas vezes ele perde a sensibilidade na rede venosa (6). [...] às vezes pra ele é indiferente essas diversas manipulações (6). [...] ele não liga mais para o que está acontecendo com ele (6). [...] O planejamento para 42 pacientes não é perfeito (7). [...] vemos em outros hospitais enfermeiras assistenciais e administrativas (8). [...] nunca tivemos essa realidade aqui (8). [...] às vezes é complicado para a enfermeira planejar a assistência (8). [...] se considerar o paciente apenas como doente, fica mais fácil seguir a prescrição médica (8). [...] a enfermeira tem que pesar isso tudo (8). [...] muitas vezes a enfermeira não consegue fazer as visitas a todos pacientes (8). [...] muitas vezes vai atender a intercorrência naquele paciente que não conseguiu visitar (8). [...] muitas vezes, infelizmente, trabalhamos ‘a toque de caixa’, [...] não menosprezando aos demais pacientes (8). [...] a assistência num turno de 6h limita a enfermeira a fazer uma seleção de cuidados (8). [...] é difícil se fazer um planejamento, uma sistematização, quando se tem mais de uma unidade para cobrir (8). [...] Temos nossas dificuldades, nossas limitações (8). [...] muitas vezes a enfermeira vê o paciente na cama [...] não vê o ser humano (8). [...] o paciente se vê um nada (8). [...] a enfermeira vê o funcionário mecânico [...] não vê o funcionário humano (8). [...] Existem os treinamentos, as aulas, mas somente isso não adianta (9). [...] talvez devêssemos treinar mais o quantitativo de funcionários que temos (9). [...] precisamos trabalhar melhor a equipe que temos (9). [...] pelo volume de pacientes aqui o planejamento da assistência é complicado (9). [...] tem auxiliar que não tem preparo, não tem iniciativa (9). [...] A carga maior fica com a enfermeira [...] devia ser dividida com toda equipe de enfermagem (9). [...] não devia centralizar tudo na enfermeira [...] a responsabilidade ficar só com ela (9). [...] Não existe sistematização para fazer as visitas, depois os curativos, etc. (9). [...] Não dá tempo (9). [...] A enfermeira tem que priorizar até pela quantidade de pacientes que tem para ela dar conta (9). [...] a enfermeira tem que priorizar até pelo quantitativo de funcionários que está lhe auxiliando (9). [...] temos pouco tempo para acompanhar os funcionários que chegam (9). [...] a enfermeira não tem autonomia para solicitar o psicólogo para o paciente (9). [...] existe suporte psicológico somente para o paciente (9). [...] Muitos profissionais não têm a visão do que sejam os cuidados paliativos (9). [...] em cuidados paliativos tem profissionais que acham que se o paciente parar, parou (9). [...] mas não vamos só esperá-lo morrer (9). [...] Ia começar um suporte psicológico para a equipe profissional, mas não avançou [...] isso já foi solicitado (9). [...] Tenho dúvidas de que o aumento de funcionários resolvesse o problema (9). [...] Talvez devesse ter um quantitativo maior de funcionários (9). [...] vejo muitas vezes que a enfermagem dentro da oncologia não tem preparo para cuidar desse paciente (11). [...] às vezes não sabemos o que dizer a ele (11). [...] E outras vezes não temos respaldo para dizer o que sabemos (11). [...] Quando lidamos com o paciente terminal é que é mais complicado (11). [...] quando chega o limite terapêutico, aí é que está a questão (11). [...] é onde a enfermeira recebe o paciente idoso que vem sem saber direito o que tem (11). [...] na unidade de internação a enfermeira tem que correr atrás do que precisa (11). [...] a enfermeira tem que agir e chamar o médico (11). [...] às vezes não dá para a enfermeira planejar junto com a equipe (11). [...] na unidade de internação a enfermeira fica sozinha (11). [...] a enfermeira tem que atuar sozinha (11). [...] recebemos pacientes que já estão em fase terminal (11). [...]</p>
--------------------------------	--

<p>Limitantes (FIPlim)</p>	<p>a família tem que saber quando chega o limite (11). [...] não recebemos nenhum suporte psicológico para lidar com isso (11). [...] O problema é quando você passa a fazer as coisas no automático (11). [...] não tem como a enfermeira fazer o planejamento para 38 pacientes (12). [...] cada enfermeira fica com cerca de 100 pacientes à noite (12). [...] geralmente ficam duas ou três para as unidades abertas (12). [...] E o número de auxiliares de enfermagem também se reduz à noite (12). [...] A família pode ou não permanecer com o paciente à noite (12). [...] não dá pra fazer o planejamento para todos os pacientes como deve ser (12). [...] não tem sentido fazer o plano de cuidados num dia e não fazer no outro (12). [...] a família exige muito da enfermagem, porque o médico na maioria das vezes, não está lá (12). [...] a família acha que o paciente está morrendo porque a enfermagem não está fazendo nada (12). [...] A família cobra muito mais da enfermagem (12). [...] a família acha que não se fez nada [...] e não é verdade (12). [...] pra família é muito mais difícil entender quando o paciente não tem mais cura (12). [...] quando o paciente está morrendo é pior ainda (12). [...] a quantidade de cadeiras é insuficiente para o total de solicitações de acompanhantes (12). [...] Isso muitas vezes cria impasses com os acompanhantes (12). [...] os acompanhantes muitas vezes se recusam a deixar seus familiares (12). [...] pode não ser possível o familiar permanecer com o paciente (12). [...] uma boa parte dos pacientes vem apenas para cuidados paliativos (13). [...] não temos condições de manter um acompanhante na sala durante a QT (13). [...] tem pacientes que ficam mais tensos quando sabem os riscos que correm durante a QT (13). [...] o paciente pode ter complicação durante ou após a QT (13). [...] ele pode apresentar uma reação de hipersensibilidade, que não tem nada a ver com o cuidado de enfermagem (13). [...] tudo pode acontecer a esse paciente em tratamento (13). [...] Os pacientes da hematologia [...] são os que mais complicam (13). [...] o pior é que nossos pacientes já chegam com doenças em estágio avançado (13). [...] quando o paciente adoece, a família adoece junto (13). [...] hoje não vejo como fazer o plano de cuidados [...] a não ser como uma amostragem (13). [...] a demanda de pacientes está excessiva [...] Não tem como fazer (13). [...] hoje não tem mais condições de ter uma enfermeira da QT na unidade de internação (13). [...] aqui a demanda de pacientes é muito grande (13). [...] temos muitos problemas sociais aqui (13). [...] estamos com problemas de espaço físico (13). [...] a sala no ambulatório é apertada, os pacientes ficam muito próximos uns dos outros (13). [...] os acompanhantes agora ficam fora de sala de medicação (13). [...] na sala de medicação era muito barulho, era uma confusão (13). [...] a enfermagem estava sem condições para trabalhar (13). [...] tivemos que abrir mão dessa parte da humanização (13). [...] sinto falta de uma sistematização mais concreta e efetiva da assistência (13). [...] com a sistematização daria para fazer um acompanhamento da toxicidade das drogas (13). [...] os registros se misturam a outros que estão no prontuário (13). [...] não se tem uma visão destacada da informação anterior do paciente (13). [...] não se tem destaque da intercorrência anterior do paciente registrada no prontuário (13). [...] sinto falta de um melhor conhecimento dos níveis de toxicidade da QT (13). [...] acho que os registros de enfermagem ainda estão um pouco “pobres” (13). [...] o planejamento da assistência não é fácil dentro de uma realidade como essa aqui (13). [...] tentamos fazer o melhor, apesar das adversidades (13). [...] não se encontram profissionais de enfermagem prontos na área de oncologia (13). [...] Temos que começar do zero, temos que treinar todos (13). [...] é um novo aprendizado, um novo processo de adaptação (13). [...] Muitas vezes o paciente procura pela enfermeira e ela não está mais no serviço (13). [...] Quando há troca de pessoal [...] começa-se tudo do zero (13). [...] não podemos controlar [...] todos os pacientes ao mesmo tempo (13). [...] No passado tínhamos uma maior rotatividade de profissionais de enfermagem (13). [...] hoje as enfermeiras estão sufocadas com um ambulatório muito cheio [...] isso é complicado (13). [...] Tentamos manter a rotina de acompanhamento da QT [...] fazemos o maior esforço (13). [...] temos uma rotatividade maior de funcionários na unidade de internação (13). [...] Treina-se, e daqui a pouco já mudou a equipe (13). [...] a enfermeira fica no mesmo processo o tempo todo (13). [...] a enfermeira não consegue estabelecer uma linha de trabalho (13). [...] quando temos um problema de escala é complicado (13). [...] Não tem ninguém que cubra os auxiliares da QT [...] é difícil (13). [...] nunca se está totalmente preparado para a morte (13). [...] É</p>
--------------------------------	---

<p>Limitantes (FIPlim)</p>	<p>difícil essa parte da assistência (13). [...] a demanda excessiva de pacientes interfere na assistência (13). [...] a enfermeira fica sobrecarregada (13). [...] a dinâmica do setor de QT é complexa e intensa o tempo todo (13). [...] o quadro de funcionários torna-se insuficiente (13). [...] hoje a enfermeira da QT não tem condições de fazer isso (13). [...] o quadro de funcionários da QT parece ser suficiente para o número de pacientes que recebe (13). [...] aqui existem muitos problemas sociais (14). [...] Muitas vezes o paciente vem e passa o dia todo para ser atendido pelo médico (14). [...] às vezes a enfermeira não consegue priorizar e acaba atendendo todo mundo igual (14). [...] Às vezes a enfermeira identifica a necessidade e não pode fazer o encaminhamento necessário (14). [...] como é o caso da psicologia [...] onde a enfermeira vê a necessidade do encaminhamento e não pode fazê-lo (14). [...] não temos espaço, não temos tempo (14). [...] considero que a quantidade insuficiente de funcionários interfere na assistência (14). [...] a demanda de consultas diminui a qualidade do atendimento (14). [...] não temos pessoal de enfermagem suficiente (14). [...] Temos poucos auxiliares na quimioterapia (14). [...] não dá para a enfermagem atender vários pacientes ao mesmo tempo (14). [...] As informações da evolução de enfermagem se misturam [...] nos registros do prontuário (14). [...] o quantitativo de pessoal de enfermagem interfere no planejamento da assistência (14). [...] não conseguimos dar conta (14). [...] Muitas vezes o paciente vem e passa o dia todo para ser atendido pelo médico (14). [...] às vezes o paciente não consegue ser atendido pela enfermeira [...] e tem que voltar no outro dia (14). [...] isso acaba prejudicando o paciente (14). [...] depois da consulta de enfermagem é que o paciente inicia a quimioterapia (14). [...] isso gera o risco do paciente ter alguma coisa a mais e ela não perceber (14). [...] queremos priorizar o conforto, mas temos que ver a situação do paciente (14). [...] Na unidade de internação começamos a SAE em alguns leitos por conta do quantitativo de funcionários (17). [...] a unidade de internação não tem 100% dos leitos implantados (17). [...] O dimensionamento de pessoal ainda é um empecilho para a completa implantação da SAE (17). [...] mas há necessidade de um maior número de profissionais de enfermagem para implantar a SAE (17). [...] Temos um quantitativo maior de enfermeiros hoje e tentamos implantar a SAE (17). [...] Parece existir por parte dos enfermeiros um direcionamento maior para a especialização [...] não para a assistência direta (17). [...] isso compromete a implantação da SAE (17). [...] Às vezes há o desejo do enfermeiro em não estar na assistência (17). [...] Talvez haja uma deficiência na formação acadêmica (17)</p>
----------------------------	--

Categoria 5 – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA (APP)

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
<p>Sentimentos - Positivos (APPsep)</p>	<p>[...] é muito importante na área de oncologia a pessoa ter um astral positivo (1). [...] sou uma pessoa preocupada com meu paciente (1). [...] os funcionários gostam do grupo de humanização (2). [...] os funcionários se sentiram supervalorizados (2). [...] quem trabalha com oncologia [...] tem uma visão diferente da vida (2). [...] encarar isso tudo é uma lição de vida (2). [...] não se pode desmerecer o ser humano (4). [...] o profissional que valoriza o ser humano cresce muito mais (4). [...] o profissional que valoriza o ser humano se sente mais gratificado (4). [...] O sentimento de estar ao lado do paciente é muito, muito importante (6). [...] Por isso digo que a família é importante (11). [...] As pessoas que trabalham aqui trabalham porque gostam (13). [...] as pessoas aqui têm amor ao trabalho que fazem (13). [...] Na verdade [...] aprendemos a não desistir (13). [...] O grupo de auto-ajuda para ostomizados é bem interessante (17). [...] aprendemos com o paciente (17)</p>
<p>Sentimentos - Negativos (APPsen)</p>	<p>[...] não agüento mais [...] alguém se queixar que está morrendo de dor de cabeça (2). [...] ninguém sabe realmente o que é morrer de dor (2). [...] às vezes me pergunto o que eles fizeram para sofrer tanto (6). [...] ver uma mãe com um filho com câncer é muito difícil para mim [...] isso é muito difícil (6). [...] quando morrem, esses pacientes deixam uma ferida (6). [...] Quando entrei aqui trabalhar na assistência foi um grande choque (8). [...] o paciente se vê um nada e vemos isso na maioria dos pacientes (8). [...] a equipe de enfermagem sente a dor que o paciente sente (11). [...] a enfermagem é pouco trabalhada nesse aspecto (11). [...] é ruim quando o sentimento caleja¹ (11). [...] as pessoas vão se esquecendo de como é o sofrimento (11). [...] o sofrimento vai se tornando algo habitual (11). [...] o sofrimento vai fazendo do trabalho algo rotineiro, automático (11). [...] já cansei de pegar esse tipo de paciente na unidade de internação (11). [...] aí vem o desespero da família (12). [...] Às vezes a enfermeira fica frustrada com a assistência prestada (13). [...] hoje nos confrontamos muito com a morte (13). [...] sempre achamos que estamos preparados para a morte (13). [...] defrontamo-nos com enfermeiros e auxiliares que emocionalmente se envolvem muito (13). [...] eles sofrem com o paciente que é acompanhado por eles e complica (13). [...] os profissionais fazem a medicação no maior sofrimento (13). [...] aprendemos isso a duras penas (13). [...] depois pensamos que podia ter sido diferente (14). [...] Antigamente a enfermeira saía da faculdade preocupada com a assistência [...] a especialização vinha depois (17)</p>
<p>Satisfação (APPsat)</p>	<p>[...] Nesse tempo todo de trabalho a gente ouve mais elogios do paciente (1). [...] acho que isso é a maior riqueza (1). [...] Melhorou bastante a visão de ser humano dos funcionários com o grupo de humanização (2). [...] esse grupo está sempre trazendo mensagens positivas (2). [...] no dia dos pais e das mães eles tiram fotos dos funcionários (2). [...] o grupo de humanização tem melhorado a mentalidade dos funcionários (2). [...] sinto-me gratificada por ter contribuído com a enfermagem daqui (4). [...] É maravilhoso trabalhar aqui (7). [...] Chegamos em casa com a sensação de dever cumprido (7). [...] conseguimos desenvolver um trabalho bom aqui (13). [...] é bem por aí (13). [...] O PAPO é uma das coisas que mais gosto de fazer aqui (17)</p>

<p>Expectativa (APPexp)</p>	<p>[...] Deveria formalizar o planejamento na unidade de internação também (6). [...] a sistematização forçaria a continuidade da assistência (6). [...] deveria existir a continuidade da assistência (6). [...] Deveríamos planejar as agressões terapêuticas ao corpo do paciente (6). [...] tanto na UTI quanto na unidade de internação, as prescrições de enfermagem deveriam ser mais amplas (11). [...] sonho contar com um histórico, fazer diagnósticos de enfermagem (13). [...] sonho em fazer toda aquela programação do plano de cuidados (13). [...] sonho em poder reavaliar o plano de cuidados (13). [...] os registros de enfermagem poderiam ser melhores (13). [...] a sistematização permitiria à enfermeira fazer um melhor acompanhamento do paciente (13). [...] a SAE permitiria ter um resultado mais efetivo da assistência (13). [...] a SAE permitiria um resultado mais efetivo do o que já temos [...] poderia ser melhor (13). [...] a SAE seria melhor até para a enfermagem obter dados para desenvolver trabalhos na assistência (13). [...] É o meu sonho ter uma equipe na UI responsável só pela quimioterapia (13). [...] principalmente por se tratar de um hospital oncológico (13). [...] o plano de cuidados em oncologia seria diferente (13). [...] o diagnóstico de enfermagem seria diferente [...] iria focar no específico (13). [...] Deveriam ensinar Tanatologia na faculdade (13). [...] Quando houver estrutura para receber o acompanhante vai ser bom [...] vai ser melhor (13). [...] a enfermeira gostaria de fazer mais (13). [...] a enfermeira gostaria de oferecer um atendimento mais digno (13). [...] seria bom se a enfermeira fizesse essa triagem conversando com o paciente (14). [...] Gostaria de saber todas as necessidades do paciente e poder atendê-las (14). [...] A sistematização da assistência na quimioterapia ajudaria muito (14). [...] Daria para fazer um atendimento melhor (14). [...] a enfermeira poderia atender de forma a ver o que o paciente precisa (14). [...] poderíamos planejar melhor a assistência (14). [...] Ter as anotações de enfermagem sistematizadas facilitaria muito (14). [...] Seria bom se a enfermeira pudesse fazer um planejamento [...] diferenciado (14)</p>
---------------------------------	---

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER

024/08

Salvador, 07 de julho de 2008.

Rita de Cássia Velozo da Silva
Pesquisadora Responsável

Informamos a V.S.^a que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, analisou e aprovou sem restrições o Projeto de Pesquisa Intitulado **“PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS”** protocolado no CEP sob n.º 213/08, em reunião ocorrida na data de 30 de junho de 2008.

Atenciosamente,


Presidência do Comitê de Ética em Pesquisa
LBCC/HAM

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)