



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ADRIANA GONÇALVES DE BARROS

PROCESSO DE CUIDAR DE UM CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

NATAL
2014

ADRIANA GONÇALVES DE BARROS

PROCESSO DE CUIDAR DE UM CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção à saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos

NATAL

2014

Catalogação da Publicação na Fonte

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Barros, Adriana Gonçalves de.

Processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico / Adriana Gonçalves de Barros. – Natal, 2015.

169f.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Cuidados de Enfermagem – Dissertação. 3. Oncologia – Dissertação. I. Santos, Viviane Euzébia Pereira. II. Título.

RN/UF/BSE13

CDU: 616-006-083

AGRADECIMENTOS

Ao iniciarmos uma caminhada nos deparamos com vários obstáculos. Nesse percurso nos desesperamos muitas vezes, pois achamos que os empecilhos sobrepõem a nossa força e coragem. No entanto, trazemos a dádiva de termos em nossas vidas pessoas especiais para nos proteger, amparar e amar. E agora chegou a hora de agradecer...

À **Deus** que nos permitiu sonhar com o dia de hoje. Sonhamos, buscamos e conquistamos, mas antes o sonho foi plantado, era apenas uma semente. Obrigada ao Deus que semeou!

Ao meu pai, **João Carlos** (*in memória*), agradeço pelo amor incondicional e por toda confiança. Onde quer que esteja, sei que está orgulhoso por essa conquista!

À minha mãe, **Sandra Maria**, pelo alicerce que me amparou. Foi a sua luta e vitória contra o câncer que inspirou esse trabalho!

Agradeço aos meus irmãos, **Rose, Mário, Danilo e Alessandro** por sempre torcerem pelo meu sucesso.

À toda minha família pelo apoio, confiança e base que me sustentou até aqui!

À minha mãe acadêmica, **Prof. Dr.^a Viviane Euzébia**, que contribuiu não só para a construção desse trabalho, mas também com meu crescimento e aperfeiçoamento profissional. Muito obrigada por ter me acolhido, pelas orientações, pelos momentos de reflexão, pela oportunidade!

À minha parceira-irmã de coração **Laísia Moura**, que ao longo do Mestrado caminhou junto comigo, dividindo seu sorriso sincero nos momentos de alegria e seu ombro amigo quando as lágrimas teimavam em cair.

À **Kálya Yasmine e Polyana Gurgel**, companheiras acadêmicas e amigas que a vida me proporcionou. Foi muito bom conhecer vocês!

Agradeço à **Theo Duarte** por todo apoio dado no início dessa jornada. Você tem o coração do tamanho do mundo!

À minha grande amiga **Mirtes**, que sempre acreditou em mim até mesmo quando eu duvidava que conseguiria!

Agradeço à minha segunda família, **Célia, Luiz, Luciana, Luciene e Luciele**, por sempre estarem comigo nos momentos de dificuldade e torcerem pela minha vitória.

Agradeço também à todos os membros da **residência de pós-graduação**. Vocês são a minha terceira família!

Ao grupo **LABTEC**, agradeço pela convivência e pelos momentos de conhecimento.

Obrigada ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte** pela oportunidade de cursar o mestrado acadêmico.

Obrigada aos **amigos(as)** que fiz no Mestrado! Levarei vocês no meu coração!

Agradeço às professoras **Dr^a Luciana Martins, Dr^a Allyne Fortes, Dr^a Francis Tourinho e Dr^a Quenia Camille** pelas contribuições neste trabalho.

À **Equipe de Enfermagem** e aos **pacientes** por se disporem a participar desse estudo. Sem vocês isso não seria possível!

Por fim, agradeço por todas as **dificuldades** que apareceram no caminho. Sem elas eu não seria tão forte e perseverante quanto sou hoje!

BARROS, A. G. **Processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico**. 2014. 169f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

RESUMO

Objetivou-se compreender o processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico a partir da ótica dos profissionais de enfermagem e dos pacientes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, realizada em um centro de tratamento oncológico da cidade de Natal/RN/Brasil. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, sendo efetuada por meio de duas técnicas: registro fotográfico e entrevista projetiva com profissionais de enfermagem e pacientes. Os atores sociais incluídos no estudo foram dez profissionais de enfermagem e dez pacientes internados na clínica cirúrgica da referida instituição. Os critérios utilizados para inclusão dos profissionais foram: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital, estar inserido na escala de profissionais de enfermagem da instituição no momento da coleta de dados. Quanto aos pacientes, foram incluídos aqueles que possuíam suas capacidades cognitivas preservadas e que estavam internados e em qualquer fase do tratamento. Utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin, para a análise do material coletado durante a entrevista projetiva. A pesquisa seguiu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica com seres humanos, sendo realizada mediante aprovação do projeto no comitê de ética e pesquisa da Liga Norte Riograndense contra o Câncer com parecer 295.673 e CAAE 16104313.0.0000.5293. Os resultados obtidos a partir da investigação com os profissionais de enfermagem mostraram visões diversas sobre o cuidado, as quais despontavam desde uma abordagem integral, acolhedora e multiprofissional, bem como técnica atrelada à realização de procedimentos e atendimento às prescrições. Ademais, esses sujeitos, também, apontaram que o cuidado se desvela por meio das ações de gerenciamento, na realização dos registros, na humanização da assistência, mediante o atendimento das necessidades do paciente e ambiência. Frente aos pacientes, destaca-se que, para eles, o cuidado acontece por meio de atitudes de carinho e aproximação do profissional, e através da realização de procedimentos, sendo mencionados como fatores de descuido a falta de estrutura da instituição e o desconforto gerado por essa condição. Evidenciou-se, ainda, que

os atores envolvidos no cuidado, na percepção de profissionais e pacientes, são representados pela equipe de enfermagem, médicos, psicólogos, nutricionistas, bem como auxiliares de cozinha e de limpeza; além do acompanhante familiar, do próprio indivíduo enquanto responsável pelo seu cuidado e do cuidador voluntário. Nesse ensejo, conclui-se que a compreensão do cuidado na ótica dos profissionais de enfermagem e dos pacientes envolve questões amplas que vão desde percepções de um cuidado dinâmico que abarca elementos complexos e atitudes imbuídas de significados, no qual os sujeitos envolvidos podem assumir tanto o papel de cuidadores como de seres cuidados, até um cuidado atrelado às rotinas prescritas e realização de procedimentos. Assim, os achados descritos remetem a reflexões acerca do cuidado prestado ao paciente oncológico e se este, de fato, traduz os preceitos de uma prática humanizada.

Palavras-chave: enfermagem, cuidados de enfermagem, oncologia.

BARROS, A. G. **Process of caring for a center for cancer treatment**. 2014. 169f. Dissertation (Master's in Nursing)- Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2014.

ABSTRACT

The objective was to understand the process of caring for a center for cancer treatment from the perspective of nurses and patients. This is a qualitative research, exploratory and descriptive, performed in a cancer treatment center in Natal / RN / Brazil. Data collection occurred between August 2013 and February 2014, being effected by means of two techniques: photographic record and projective interviews with nurses and patients. Social actors included in the study were ten professional nursing and ten patients admitted to the surgical department of the institution. The criteria used for inclusion of professionals were: be professional in the field of nursing, being an employee of the hospital, to be inserted in the scale of nurses of the institution at the time of data collection. For the patients were included who had preserved their cognitive abilities and who were hospitalized and at any stage of treatment. We used content analysis proposed by Bardin, for the analysis of material collected during projective interview. The research followed the ethical and legal principles that govern scientific research on human beings, being conducted by the project approval by the Research Ethics Committee of the Northern League Against Cancer Riograndense with 295 673 and look CAAE 16104313.0.0000.5293. Referring to nurses, they demonstrated different views about care, which sprouted from a holistic, multidisciplinary approach and welcoming, as well as linked to the performance of procedures and compliance with the requirements technicality. Furthermore, these subjects also showed that care unfolds through the actions of management in carrying out the records in the humanization of care by meeting the needs of the patient and ambience. Front of patients, it is noteworthy that, for them, care happens through attitudes of caring and professional approach, and by performing procedures, being mentioned as a careless lack of structure of the institution and the discomfort caused by this condition factors. It was evident also that the actors involved in the care, the perception of professionals and patients, are represented by nurses, doctors, psychologists, nutritionists, as well as kitchen assistants and cleaners; beyond family companion, the individual himself as responsible for their care and volunteer caregiver. In this opportunity, it is concluded

that an understanding of care from the perspective of nurses and patients involves broad issues ranging from perceptions of care that embraces a dynamic complex elements and attitudes imbued with meanings, in which those involved can assume both the role of carers as care beings, even a carefully tied to prescribed routines and performing procedures. Thus, the findings described refer to reflections on the care provided to cancer patients and whether this, in fact, translates principles of a humane practice.

Key words: nursing, nursing care, medical oncology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextualização e Revisão de literatura.....	13
1.2 Problema e Problematização.....	21
1.3 Justificativa.....	21
2 OBJETIVO.....	24
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Caracterização do estudo.....	25
3.2 Cenário do estudo.....	25
3.3 Atores sociais do estudo.....	26
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	27
3.5 Análise de dados.....	29
3.6 Aspectos éticos.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Manuscrito 1: O cuidado ao paciente oncológico: retratos da enfermagem.....	32
4.2 Manuscrito 2: Cuidar e ser cuidado: em tela os atores.....	49
4.3 Manuscrito 3: Cuidar em oncologia: subsídios para o cuidado de enfermagem.....	67
4.4 Manuscrito 4: Elementos do cuidado: percepções de pacientes oncológicos.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	108
APÊNDICE A – Carta de solicitação de anuência.....	109
APÊNDICE B - Termo de Autorização para uso de imagens (fotos).....	111
APÊNDICE C - Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	112
APÊNDICE D - Termo de autorização para gravação de voz.....	113
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	114
ANEXOS.....	116
ANEXO A - Carta de anuência.....	117
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP.....	118
ANEXO C - Normas da Revista Brasileira de Enfermagem.....	122
ANEXO D - Normas da Revista Acta Paulista de Enfermagem.....	132
ANEXO E - Normas da Revista Gaúcha de Enfermagem.....	141
ANEXO F - Normas da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.....	153

1 INTRODUÇÃO

Apesar do avanço tecnológico e a conseqüente divulgação na mídia dos sucessos terapêuticos, o câncer ainda é revestido de estigmas, estando quase sempre associado a uma sentença de morte, podendo ocorrer, de forma imprevista, em qualquer momento da vida de uma pessoa, que dificilmente encontra-se preparada para receber um diagnóstico que venha a interferir em seus hábitos, costumes, integridade física e ciclo biológico (SOUSA et al., 2009).

O número de pessoas com algum tipo de câncer vem aumentando, significativamente, em todo o mundo, tornando-se a maior causa de morbidade e mortalidade nas últimas décadas (AZEVEDO; PINTO, 2010). Segundo estimativas mundiais do projeto Globocan (2012), da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude desse problema no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (BRASIL, 2014a).

Mediante o exposto, cabe salientar que câncer é o nome dado às doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo disseminar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores entendidos como acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas (AZEVEDO; PINTO, 2010).

Todavia, frente a um diagnóstico de câncer cada ser responde de modo singular, porém reações como medo, ansiedade, negação, desesperança e perda de controle são comuns. Os significados e representações simbólicas agregadas a essa enfermidade, geralmente, podem provocar efeitos desagradáveis, dependendo da forma como a pessoa percebe a sua própria condição e de como os outros agem em relação a ele (SALCI; MARCON, 2010).

Além disso, a vivência com um câncer repercute em uma nova reflexão sobre a vida, pois, uma vez instalada a doença, o indivíduo necessita de uma série de mudanças nos hábitos diários, como por exemplo, um acompanhamento rigoroso de seu estado de saúde, afinal, em alguns casos as recidivas da doença são inevitáveis (SALCI; MARCON, 2010).

Nessa perspectiva, o indivíduo passa a praticar de forma mais enfática o autocuidado que, segundo Silva et al. (2011), é entendido como a ação que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para sua realização. Não significa estar "bem" o tempo todo, mas sim, acolher os confortos e desconfortos, ver as causas, e escolher agir ou não sobre elas.

Neste ensejo, se destaca a relevância da equipe de saúde, em particular, a de enfermagem por estar mais próxima, e por um período maior de tempo, do paciente, estando apta a prestar atendimento humanizado, compreendendo e apoiando o indivíduo em suas necessidades, no decorrer do processo do adoecimento (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2009).

No entanto, para que o processo de cuidar seja considerado efetivo, o enfermeiro e sua equipe necessitam não só do conhecimento da doença em si, mas, também, da habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem possibilidade de cura e suas necessidades (SOUSA et al., 2009).

Cuidar de pessoas com diagnóstico de câncer é trabalhar com vida, não importando o tempo de que a mesma dispõe e, por isso, considera-se que estas pessoas são merecedoras de assistência integral (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2009).

Ponderando que o cuidar é uma ação fundamental para a promoção e recuperação da saúde, a atuação da equipe de enfermagem torna-se imprescindível ao paciente oncológico (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2009) em todas as fases do

processo de adoecer, que para muitos é um turbilhão de emoções, de limitações, de incapacidades, de luta, perdas e novas conquistas.

O câncer ainda tem nos dias atuais uma forte representação social relacionada à morte e ao pouco tempo de sobrevida, no entanto, o avanço tecnológico vem mudando esta realidade, pois as taxas de sobrevida vêm elevando-se consideravelmente. Essa transformação exige da equipe de saúde e de enfermagem competências para lidar com as dificuldades inerentes ao processo de cuidar e às mortes prematuras, mas também com as necessidades para cuidar do sobrevivente do paciente com câncer.

Com isso, o presente projeto teve como objeto de estudo: *o processo de cuidar de pacientes e profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar de tratamento oncológico*.

1.1 Contextualização e Revisão de literatura

No intuito de contextualizar melhor o objeto desse estudo, este subcapítulo traz uma revisão de literatura dividida em 04 subseções, a saber: Breve história sobre o câncer; O câncer como problema de saúde pública; O profissional de enfermagem e o cuidado ao paciente com câncer e, O processo de cuidar.

1.1.1 Breve história sobre o câncer

Os primeiros casos documentados de câncer - embora o termo ainda não fosse usado - foram datados em 1500 a.c. no Egito antigo, em que papiros informavam oito casos de tumores na região do peito. De acordo com as escrituras encontradas, os referidos tumores haviam sido tratados com cauterizações que não tinham a intenção de curar os pacientes, mas de servir como paliativo (LOPES, 2010).

Posteriormente, o médico grego Hipócrates (460–370 a.c.) adotou o termo *karkinos* e *karkinoma* para descrever lesões tumorais ulcerosas e não ulcerosas. Em grego, *karkinos* significa caranguejo, visto que a escolha da expressão se deveu à constatação de que o câncer, tal como um caranguejo, se agarra de uma forma acirrada a qualquer parte de que se apodera (DECAT; ARAÚJO, 2010).

Desde então, diversos estudiosos realizaram trabalhos expressivos no intuito de conhecer a enfermidade, o que resultou no surgimento de algumas teorias sobre o câncer, dentre as quais se destacam (DECAT; ARAUJO, 2010):

- Teoria humoral: segundo Hipócrates, o excesso de bile negra, ou melancolia, poderia causar o câncer. Essa teoria manteve-se por mais de 1.300 anos, sendo adotada por médicos da época;
- Teoria da linfa: Stahl e Hofman acreditavam que o câncer era composto de fermentação e degeneração da linfa (densidade, acidez e alcalinidade), pois a vida era considerada como um sucessivo e adequado movimento dos elementos através das partes sólidas (sendo o sangue e a linfa, os mais importantes);
- Teoria do parasita: nos séculos XVII e XVIII, a doença foi considerada contagiosa, ocasionando, em razão do medo de epidemias, o deslocamento do primeiro hospital de câncer na França;
- Teoria da blastema: Johannes Müller, patologista alemão, em 1838, mostrou que o câncer era composto de células e não de linfa, propondo que a célula cancerígena surgiria de uma nascente de elementos, denominada blastema, presente nos tecidos normais. Seu aluno, Rudolph Virchow (1821–1902), tempos depois, determinou que todas as células, inclusive as cancerígenas, derivam-se de outras células.
- Teoria da irritação crônica: segundo Virchow o câncer seria ocasionado por uma irritação crônica, a qual se difundia como líquido;

Já no século XIX e primeiras décadas do século XX, o câncer era considerado contagioso e associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral. A imundície das cozinhas e das fábricas, a desordem verificada nas ruas das cidades, povoadas de cães e gatos doentes, a proliferação assustadora de ratos e insetos daninhos por toda a cidade compunham um quadro deprimente, provocando toda vulnerabilidade a patologias entre as quais, acreditava-se, estava o câncer (SILVA, 2008).

Ao mesmo tempo, achava-se que a doença poderia ser contagiosa entre os amantes dos excessos do prazer, principalmente, no caso das mulheres, nas quais o adoecimento era resultado de "pecados e vícios", em especial nas práticas sexuais (SILVA, 2008). Entre as práticas sexuais consideradas errôneas, o sexo oral era identificado como a causa principal das neoplasias nas mulheres, e principalmente nas homossexuais ou bissexuais. Dizia-se que essa prática desencadeava a formação de nódulos cancerosos na cavidade bucal e trato digestivo, que se disseminava por todo o organismo (SILVA, 2008).

O câncer, também, era tido como uma punição através da qual o doente poderia alcançar sua redenção, a libertação dos pecados, caso conseguisse suportar com resignação o sofrimento causado pela doença (SILVA, 2008).

No entanto, o ideal higienista da época orientava as ações dos órgãos de saúde pública, os quais adotavam como estratégia de intervenção sanitária para o câncer, a tuberculose e a sífilis, o isolamento e a desinfecção minuciosa das residências em caso de morte dos doentes (SILVA, 2008).

No decorrer dos anos 30 e 40 do século passado, a argumentação de cunho moral continuava em evidência, porém, mesclando-se com hipóteses novas advindas da observação da vida moderna nas grandes cidades brasileiras que começavam a se industrializar. Outros fatores predisponentes ao câncer passam a ser considerados, tais como a ingestão de alimentos com produtos químicos, o hábito de fumar, o excesso de trabalho e o aumento de preocupações cotidianas (SILVA, 2008).

A partir da década de 50 do mesmo século, algumas áreas da medicina, aliando conhecimentos psicanalíticos, começaram a admitir a possibilidade de influência de fatores psíquicos no desenvolvimento do câncer. Entretanto, os argumentos morais não desaparecem por completo, apenas se atualizam através de uma ênfase na sexualidade e sua relação com o mundo interno (SILVA, 2008).

Ainda no mesmo século, nos anos 60 e 70 foi avivada a atenção aos fatores psíquicos mais frequentemente estudados e considerados como implicados na carcinogênese, podendo ser reunidos em dois grupos genéricos (PALMEIRA, 1997). No primeiro estão os estados disfóricos (depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desesperança, desamparo, desapontamento) e de ansiedade, juntamente com situações traumáticas envolvendo perdas e privações. No segundo, estão os fatores definidos por características de personalidade e de enfrentamento da doença, que variam segundo os pressupostos teóricos adotados (SILVA, 2008).

Nessa nova concepção, o candidato mais provável para desenvolver o câncer apresentaria uma personalidade marcada pela passividade, pouca emotividade, regularidade dos hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade, depressão e dificuldade na formação de vínculos afetivos (OLIVEIRA, 2009).

Atualmente, mais que para as características de personalidade, a atenção se volta para os fatores de risco ambientais e história familiar como elementos importantes para o desenvolvimento da doença (SILVA, 2008).

Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). Assim, as mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os "hábitos" e o "estilo de vida" adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer. Quanto ao fator genético, apesar de um relevante papel na oncogênese, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos (BRASIL, 2014b).

Nesse ensejo, apesar dos avanços em relação ao surgimento e diagnóstico do câncer, tal patologia sempre trouxe grande sofrimento ao ser humano e, ainda hoje, no imaginário social, a enfermidade permanece associada a representações de impotência, dor, perdas e morte (DECAT; ARAUJO, 2010).

1.1.2 O câncer como problema de saúde pública

O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, registrando quase 10 milhões de novos casos e 6 milhões de óbitos. Ao analisar os 20 milhões de casos com diagnóstico de câncer em todo o mundo, é possível perceber que mais da metade ocorre nos países em desenvolvimento, o que representa aproximadamente 20% dos óbitos nos países industrializados e 10% nos países em desenvolvimento (FIGUEIREDO et al., 2009).

Segundo a Estimativa do INCA (2014), em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por neoplasias, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, nota-se que os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as pessoas adultas (SILVA, 2008).

O termo câncer, por sua vez, é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações (BRASIL, 2014a).

Torna-se necessário compreender e controlar as doenças malignas, o que requer conhecimentos científicos e experiências que vão desde o entendimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida. Uma gestão competente e o uso adequado dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação de estratégias de controle da doença também são de grande importância para a prevenção e o controle do câncer.

Em relação às medidas adotadas pelo governo para prevenção e controle do câncer, pode-se citar a Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que definia, para o país, abrangente controle do câncer, e considerava vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer.

Atualmente tem-se a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS), por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, cujos objetivos são a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer, a diminuição da incidência de alguns tipos de neoplasias, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, a PNPCC-RAS é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2014a).

No âmbito do SUS, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão coordenador e técnico-científico para as atividades de prevenção e controle do

câncer no Brasil, tendo por competência o desenvolvimento de ações nacionais de controle de neoplasias sendo um agente referencial para a prestação de serviços oncológicos. O INCA, também, atua como órgão de pesquisa e de disseminação do conhecimento e de práticas oncológicas, além de operar como prestador de assistência médico-hospitalar especializada exclusivamente ao SUS (BRASIL, 2009).

Entretanto, a mortalidade por câncer no Brasil ainda se apresenta permeada por fatores de risco relacionados tanto à pobreza quanto ao desenvolvimento, o que caracteriza o câncer como problema de saúde pública. Dessa forma, torna-se mais veemente a formulação de políticas orientadoras, que visem a estruturação da rede de serviços oncológicos e a garantia do acesso da população, bem como a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (BRASIL, 2009).

1.1.3 O profissional de enfermagem e o cuidado ao paciente com câncer

Cuidar do paciente com câncer implica conhecer não só sobre a enfermidade, mas saber lidar com os sentimentos dos outros e como com as próprias emoções perante a doença com ou sem possibilidade de cura (ALVES et al., 2011).

Nesse sentido, a confirmação do câncer e o planejamento do tratamento exigem sensibilidade do profissional de saúde, o uso de uma linguagem simples, a fim de que o paciente e a família conheçam a doença, o tratamento e possam estabelecer uma melhor relação com a equipe profissional (CARDOZO, 2010).

Ademais, o câncer provoca medo da morte iminente, da limitação física e social, da dor e da perda da autoestima, podendo ser difícil acreditar na cura, em um momento de intensas mudanças de crenças, valores e estigma cultural. Dessa forma, o vínculo entre profissionais e pacientes tem consequências fundamentais, tanto na adesão, quanto nos resultados terapêuticos, porque é necessária confiança no tratamento e no profissional (CARDOZO, 2010).

Todavia, os investimentos aplicados atualmente, em exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos, têm possibilitado a redução da mortalidade e aumentado a sobrevivência dos pacientes com câncer (FIGUEIREDO, 2009). Portanto, a preocupação dos profissionais de saúde, que assistem o paciente com doença oncológica, tem se voltado cada vez mais para a qualidade de vida dos

sobreviventes, que implica um cuidado focalizado nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Todo profissional de saúde tem como papel e responsabilidade o cuidado à pacientes com câncer, independente do contexto no qual seu trabalho está embasado e pode desenvolver valiosas contribuições que fazem diferença na vida de pacientes, familiares e comunidade onde atuam (SILVA; CRUZ, 2011).

Nesse ensejo, cuidar do paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados: envolve acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, vivenciando situações do momento do diagnóstico à terminalidade (SOUSA, 2009; SILVA; CRUZ, 2011).

Cabe salientar que o cuidado em oncologia, também, implica reconhecer os aspectos que dizem respeito às limitações terapêuticas e organizacionais para a execução da assistência, considerando que as prioridades não devem recair apenas no manejo da doença, mas se estender ao ambiente construído ao seu redor (SORESINI, 2009).

Além disso, o profissional que assiste o paciente com neoplasia maligna possui a responsabilidade de ouvir esse sujeito e enxergar além de sua palavra, com o intuito de compreender como o câncer, e o próprio tratamento, podem provocar alterações e repercussões muito próprias, individuais, mas igualmente significativas e complexas (SILVA; CRUZ, 2011).

Assim, a equipe de enfermagem deve estar capacitada para dar apoio ao paciente e sua família frente uma gama de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. Não obstante, os objetivos almejados podem ser alcançados mediante um apoio realista aos clientes submetidos ao tratamento, utilizando modelos assistenciais e o processo de enfermagem como base desse tratamento (SMELTZER; BARE, 2011).

A equipe de enfermagem precisa estar preparada e qualificada, para que o cuidado contenha todos os elementos de compromisso, envolvimento, sensibilidade e solidariedade, pois é esse profissional que está em contato direto com o paciente e seus familiares.

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser prestada de maneira holística, sendo de fundamental importância o acompanhamento do enfermeiro durante todo o processo, buscando conhecer as reais necessidades do paciente,

visto que o principal objetivo dele neste curso é o melhor controle de vida, permeada por alterações de sua rotina, bem como inseguranças (SORESINI, 2009).

1.1.4 O processo de cuidar

De acordo com Balduino, Mantovani e Lacerda (2009, p. 343) “o cuidado está intrínseco à vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades”. Assim, todas as pessoas são capazes de cuidar, entretanto essa capacidade será desenvolvida de acordo com as circunstâncias em que for praticada durante as etapas da vida (WALDOW, 2011).

Reconhece-se, todavia, que o cuidado é essencial para o desenvolvimento dos seres humanos, sendo o grau deste cuidado maior em fases da vida evidenciadas por dependência na execução de suas atividades diárias – como na infância e terceira idade (WALDOW, 2011).

Além das condições supracitadas, a doença, a incapacidade e o sofrimento, também, conferem estado de vulnerabilidade, conduzindo os indivíduos a um maior grau de cuidado (SOUSA et al., 2009).

Para a realização do cuidado o instrumento usado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o cuidador e o ser cuidado (WALDOW, 2011). Conforme Waldow e Borges (2008) o processo de cuidar pode ser entendido como a forma pela qual ocorre o cuidado ou deveria ocorrer.

Destarte, o processo de cuidar cinge, além de procedimentos e atividades técnicas, ações e comportamentos que privilegiam não só o estar *com*, mas o ser *com* (WALDOW, 2011).

Nessa perspectiva, o cuidar é tido como um processo interativo, que ocorre em relação ao outro, e envolve relação não de sujeito-objeto, mas sim de sujeito-sujeito. Nessa conjuntura do processo de cuidar, essa relação se caracteriza por ser de cunho profissional, sujeito-outro, baseada no respeito e, caso incida em objetificação, se enquadraria em relação de não-cuidado (WALDOW, 2004).

Em relação ao paciente oncológico, é necessário atentar-se para a forma singular de cada ser em enfrentar a doença, bem como as representações atribuídas a essa enfermidade e seus determinantes sociais, como estilo de vida individual e familiar (SILVA; CRUZ, 2011).

Portanto, o processo de cuidar em oncologia requer da equipe de enfermagem mais que conhecimentos teóricos e práticos, demanda o desenvolvimento de habilidades que possam orientar a sua atuação profissional, levando em consideração as dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais dos pacientes sob sua responsabilidade, com uma doença crônica, que possuem demandas contínuas e imprevisíveis (SILVA; CRUZ, 2011).

1.2 Problema e Problematização

Partindo-se da premissa de que o ser humano é um ser de cuidado e pode vivenciar sob várias perspectivas essa condição, surgiu o seguinte questionamento: Como ocorre o processo de cuidar entre os atores sociais, pacientes e profissionais de enfermagem, no ambiente de tratamento oncológico?

A partir deste inquérito, tornou-se pertinente investigar os aspectos que permeiam o processo de cuidar, tais quais: como é para a equipe de enfermagem, que atua em uma unidade oncológica cuidar de pacientes com câncer? A equipe de enfermagem percebe que o cuidado prestado por eles ao paciente é suficiente? De que forma? Qual o significado do cuidar pelo cuidador profissional? Em relação ao próprio paciente com câncer, foi concernente averiguar: Como o cuidar é percebido por este? Como se dá o processo de cuidar na unidade de tratamento oncológico na ótica do paciente?

1.3 Justificativa

Os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as pessoas adultas (SILVA, 2008).

As diretrizes instituídas pelas políticas de saúde no Brasil, desde 2005, com a instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) e pela atual política, instituída em 2013, Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS), por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de neoplasias malignas, bem como contribuir para a

melhoria da qualidade de vida dos usuários com esta doença, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Assim, torna-se relevante a realização deste estudo, pois os elementos aqui identificados poderão promover reflexões das práticas de cuidado ao paciente portador de doença oncológica, contribuindo para a inserção desse indivíduo como sujeito no processo do cuidar.

Além disso, o estudo irá fortalecer a linha de pesquisa “Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem” do programa de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, bem como a produção científica do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo em vista o notório aumento na incidência de casos de câncer e a premente necessidade de se refletir sobre a prática de enfermagem no planejamento do cuidado junto ao paciente oncológico.

Na perspectiva de atenção integral, os resultados alcançados com o presente estudo poderão favorecer a construção de um trabalho coletivo e interdisciplinar, para promover conhecimento sobre as demandas apresentadas pelos pacientes, em seu caráter singular e coletivo, tendo como foco a melhoria na qualidade de assistência prestada. Bem como apontar caminhos para se aprimorar o processo de cuidar junto aos profissionais e as instituições de saúde e de ensino.

Destaca-se que o interesse em estudar o processo de cuidar no ambiente de tratamento oncológico, partiu da experiência pessoal da pesquisadora, que pode conviver com sua mãe, diagnosticada com câncer de colo de útero e com outras mulheres acometidas por outros tipos de câncer feminino que estavam em tratamento no Hospital do Câncer em Recife – PE, na qual foi possível compartilhar com essas pessoas os diferentes momentos e sentimentos que experienciaram durante a doença e o tratamento.

Outros fatores desencadeantes para o desenvolvimento desse estudo foram a participação em um projeto de pesquisa, financiado pelo Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Vale do São Francisco, cuja temática tratava sobre o câncer de colo uterino e as terapias alternativas sob a perspectiva das mulheres; a experiência em um projeto de extensão, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Integração da (PIBIN), também com a temática

supracitada. E, por fim, a pesquisa do trabalho de conclusão do curso de enfermagem, intitulada “Estar com câncer feminino: vivências de cuidado”.

Os resultados obtidos, mediante esse estudo, podem contribuir para promoção de reflexões das práticas de cuidado, instituindo pontes com a educação, colaborando e enriquecendo as discussões acerca dessa temática visto que ainda existem lacunas nas produções científicas a esse respeito.

2 OBJETIVO

Compreender o processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico a partir da ótica do profissional de enfermagem e dos pacientes.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Para a realização do presente estudo, foi adotada a abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, considerando-se que o objeto estudado não é passível de quantificações e por considerar-se a abordagem qualitativa a estratégia metodológica para melhor compreensão e análise da realidade investigada.

A abordagem qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, usando como métodos de análise a percepção e a opinião dos sujeitos do estudo. Logo, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2013).

A pesquisa exploratória visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. O principal objetivo desse tipo de trabalho é possibilitar a compreensão do problema enfrentado pelo investigador. Esta pesquisa é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão e obter dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem (GIL, 2008).

Uma das principais características da pesquisa qualitativa é trabalhar com dados descritivos. O estudo descritivo, por sua vez, observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los (CERVO; BERVIAN, 2007). Assim, a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial descrever peculiaridades de uma determinada população (GIL, 2008).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado, em um Centro de tratamento oncológico localizado em Natal/RN.

A escolha da referida instituição decorreu pelo fato de apresentar uma população em situação de câncer para a realização do tratamento de vários tipos dessa doença, sendo, dessa forma, capaz de responder melhor aos objetivos da presente pesquisa.

O Centro de tratamento oncológico em questão constitui-se na Unidade I da Liga contra o Câncer, oferecendo atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de 109 leitos de internação, centro cirúrgico com quatro salas e consultórios de várias especialidades, dentre as quais se destacam cabeça e pescoço, clínica médica, ginecologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, proctologia e cirurgias gerais. Conta, também, com sala para pequenas cirurgias, serviço de imagem, laboratórios de análises patológicas, tudo com o suporte da equipe multidisciplinar (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2012).

3.3 Atores sociais do estudo

Os atores sociais selecionados foram os profissionais de enfermagem e os pacientes com diagnóstico de câncer. Ressalta-se que foram realizadas visitas prévias à instituição, com o intuito de conhecer o local do estudo bem como, identificar o setor que oferecesse melhores condições em relação à rotina de trabalho dos profissionais e estado geral dos pacientes, para que fosse possível empregar as técnicas de coleta de dados. Dessa forma, optou-se pela clínica cirúrgica, pois esta se apresentava favorável à efetivação da pesquisa.

Para os profissionais, os critérios de inclusão no estudo consistiram em: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital, estar inserido na escala de profissionais de enfermagem da instituição no momento da coleta de dados. Foram excluídos os sujeitos que estavam de férias e/ ou licença no período da coleta de dados.

Em relação aos pacientes com diagnóstico de câncer, incluíram-se aqueles que possuíam suas capacidades cognitivas preservadas, que estavam internados e em qualquer fase do tratamento no hospital. Os critérios de exclusão correspondiam a: sujeitos que já haviam terminado o tratamento (remissão da doença) e internados para o tratamento de outras comorbidades, ou que tinham recebido alta do tratamento no momento da coleta de dados, além dos portadores de necessidades especiais como surdez, mudez e problemas psiquiátricos que interferissem na comunicação entrevistado-entrevistador ou outra condição que alterasse a cognição.

Há de se ressaltar que os critérios de exclusão listados, considerando a técnica de coleta de dados, não configuraram caráter discriminatório, pois se pretendia apenas garantir ao entrevistador uma melhor interação com os sujeitos.

Cabe salientar, também, que a seleção dos atores sociais incluídos no estudo ocorreu por conveniência, conforme a disponibilidade e aceitação em participar do estudo, sendo convidados todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor e os pacientes que apresentavam condições clínicas favoráveis.

A escolha do número de participantes aconteceu pela saturação das informações dos depoimentos, pois na modalidade de pesquisa qualitativa, não há relevância o número de sujeitos entrevistados, devido à preocupação com a qualidade dos depoimentos de cada participante (ANDRADE, 2010). Com isso, dez (10) profissionais de enfermagem e dez (10) pacientes constituíram a amostra deste estudo.

3.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta foi efetuada por meio de duas técnicas: registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem e pelos pacientes; e, entrevista projetiva com ambos sujeitos, cujo roteiro baseou-se nas fotografias registradas pelos atores sociais do estudo e em questões norteadoras.

No primeiro momento, se utilizou o registro fotográfico como técnica de coleta de dados. A imagem fotográfica permite a expressão de seu conteúdo por meio de uma linguagem não verbal, sendo produzida pelo indivíduo a partir de um objeto concreto - a câmera. Assim, a fotografia é o produto de algo que está posto na realidade, proporcionando a visão de detalhes, retratando, assim, o “ver” e o significar do mundo de quem a produz (BASSALO; WELLER, 2011).

A fotografia pode ser entendida como uma linguagem cujo de diálogo participam tanto o autor quanto o observador. Portanto, o autor é aquele que escolhe o recorte a ser capturado do mundo em imagens. Já o observador, dispendo do seu olhar, faz da fotografia algo além do registro documental (JUSTO; VASCONCELOS, 2009).

Dessa forma, independente do lugar social onde a imagem tenha sido produzida, a fotografia pode assumir diversos papéis na pesquisa, tais como o papel da ilustração, ou de ser o próprio objeto da investigação, podendo ser utilizada para referendar certa informação ou descrição apresentada na pesquisa (BASSALO; WELLER, 2011).

Nesse ensejo, cada paciente e cada profissional de enfermagem recebeu uma câmera fotográfica. No momento da entrega da câmera fotográfica, tanto o paciente quanto o profissional de enfermagem foram instruídos quanto ao seu manuseio, bem como, esclarecidos em relação ao tempo disposto para a realização dos registros das imagens. Cada sujeito da pesquisa permaneceu com a câmera fotográfica durante um turno. Salieta-se que a escolha do turno ocorreria mediante a disponibilidade dos sujeitos. Os participantes foram esclarecidos a registrar os objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado”.

Ao final do turno, as fotos eram descarregadas no notebook da entrevistadora, com o intuito de proporcionar melhor visualização das imagens. Logo em seguida, dava-se início ao segundo momento da coleta de dados, no qual se fazia o uso da entrevista projetiva.

Ressalta-se que, caso a fotografia englobasse algum profissional, paciente ou qualquer outra pessoa, esta só entrava como fonte de dados no estudo mediante autorização do mesmo. Assim, foi necessária a assinatura do Termo de Autorização para uso de imagens (fotos) (APÊNDICE B), a qual foi solicitada pela entrevistadora logo após a realização da fotografia.

A entrevista projetiva, por sua vez, é aquela centrada em técnicas visuais, isto é, a utilização de recursos visuais onde o entrevistador pode mostrar: cartões, fotos, filmes, entre outros, ao informante. Esta técnica permite evitar respostas diretas, promovendo um diálogo entre pesquisador e pesquisado, sendo utilizada para aprofundar informações sobre determinado assunto (MINAYO, 2013).

Ressalta-se que as entrevistas tiveram um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE C), constituído de perguntas norteadoras. As imagens fotográficas auxiliaram no direcionamento dos questionamentos e permitiram a ampliação e o aprofundamento do diálogo entre pesquisadora e ator social do estudo. Os registros orais das entrevistas foram realizados em gravador, mediante consentimento do depoente (APÊNDICE D), e em seguida transcritos. Houve a conferência das falas quanto à ortografia e à gramática, preservando rigorosamente o conteúdo das mesmas. A coleta de dados foi realizada de agosto de 2013 a fevereiro de 2014.

3.5 Análise de dados

O tratamento dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2014), que consiste em procurar conhecer aquilo que está por trás das informações sobre as quais se debruça. A Análise de Conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens, visando ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstituídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Os dados foram analisados obedecendo-se as etapas de pré-análise, em que foram reproduzidas as entrevistas para que se obtivesse uma organização dos dados colhidos; a exploração do material, em que se reagrupou todo o material dividido em grupos semelhantes, sempre em volta do contexto do estudo. E por fim, o tratamento dos resultados e interpretação, fase que os dados obtidos foram analisados e interpretados para que fossem significativos e válidos (BARDIN, 2014).

Após a seleção, foi realizada a constituição das informações. Para isso, seguiu-se algumas regras como da exaustividade, seguida de uma leitura extenuante com o objetivo de fazer a seleção das unidades de análise em que se escolheu a unidade de registro à frase/palavra. Posteriormente, deu-se o preparo do material usando recortes e classificação do conteúdo coletado, fazendo então uma categorização, ou seja, uma classificação dos elementos, segundo suas semelhanças em função de características comuns. Ao final, os resultados brutos tiveram seus significados explorados, baseados na modalidade análise e enunciação (BARDIN, 2014).

3.6 Aspectos éticos

Primeiramente, foi elaborada uma solicitação de autorização do estudo ao Hospital Luiz Antônio, em Natal/RN (APÊNDICE A). Após a resposta da instituição em questão (ANEXO A), o projeto foi conduzido para análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (CEP/LIGA), sendo aprovado sob parecer 295.673 e CAAE 16104313.0.0000.5293 (ANEXO B).

Foi garantido o livre-arbítrio do sujeito em não querer participar e o direito de recusar-se em qualquer etapa da pesquisa. As entrevistas foram registradas em um

gravador, após prévia autorização dos entrevistados, com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (APÊNDICE D), autorizando a publicação de suas falas, sendo observadas as disposições contidas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Quanto ao uso das imagens, caso a foto englobasse algum profissional, ou qualquer outra pessoa, esta só poderia ser utilizada mediante autorização do mesmo, sendo necessária a assinatura do Termo de Autorização para uso de imagens (fotos) (APÊNDICE B).

A fim de assegurar o anonimato dos atores sociais do estudo os profissionais entrevistados foram identificados pela sigla PE (Profissional de Enfermagem), seguida por um número arábico (PE1, PE2, PE3,..), de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas, o mesmo foi aplicado para identificação dos paciente, substituindo-se apenas a sigla para PA (Paciente - PA1, PA2, PA3,...).

Quanto ao material resultante da gravação das entrevistas, este será arquivado por cinco anos e após esse período destruído e descartado, assim, os dados somente serão utilizados para esta pesquisa e depois inutilizados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme as normas de apresentação do Relatório de Pesquisa, Mestrado Acadêmico e Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde da UFRN- Regimento 2010, os resultados de dissertações devem ser apresentados sob a forma de artigos, relacionados com o objetivo da pesquisa.

Desse modo, os resultados e discussões do presente estudo estão descritos a partir de quatro manuscritos, os quais se encontram em conformidade com as regras para formatação das revistas a que serão submetidos, a saber:

Manuscrito 1: Cuidado ao paciente oncológico: retratos da enfermagem, formatado nas normas da Revista Brasileira de Enfermagem (ANEXO C).

Manuscrito 2: Cuidar e ser cuidado: em tela os atores, formatado nas normas da Revista Acta Paulista de Enfermagem (ANEXO D).

Manuscrito 3: Cuidar em oncologia: subsídios para o cuidado de enfermagem, formatado nas regras da Revista Gaúcha de Enfermagem (ANEXO E).

Manuscrito 4: Elementos do cuidado: percepções de pacientes oncológicos, formatado nas regras da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (ANEXO F).

4.1 Manuscrito 1: Cuidado ao paciente oncológico: retratos da enfermagem

CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO: RETRATOS DA ENFERMAGEM
ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO: RETRATOS DE ENFERMERÍA
PATIENT CARE ONCOLOGIC: PORTRAITS OF NURSING

Adriana Gonçalves de Barros¹, Viviane Euzébia Pereira Santos²

¹Mestranda em Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: adriana.goncalves38@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

* Este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico”.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de cuidar sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um centro de tratamento oncológico em Natal/RN/Brasil. Foram incluídos no estudo dez profissionais de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2013 a fevereiro de 2014, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. Utilizou-se duas técnicas de coleta de dados: registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem de objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado” e, entrevista projetiva. Mediante leitura e análise temática do material coletado, elencou-se cinco categorias temáticas: Cuidado integral; Cuidado acolhedor; Cuidado como prática altruísta; Cuidado multiprofissional e Cuidado técnico. A realização desse estudo permitiu a compreensão dos tipos de cuidado visualizados pelos profissionais de enfermagem, e proporcionou a apreensão de como exercem seu papel enquanto protagonistas no processo de cuidar.

Descritores: cuidados de enfermagem, prática de cuidado, enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to describe the care process from the perspective of nursing professionals. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed in a cancer treatment center in Natal/RN/Brazil, with a sample of ten professional nursing. Data collection occurred between August 2013 to February 2014, after approval by the Research Ethics Committee. We used two techniques of data collection: a photographic record by nursing professionals of objects and / or situations that remetesse them to "care" and projective interview. Through reading and analysis of the collected material was obtained five thematic categories: Full Care; Warm care; Care as altruistic practice; Multidisciplinary care and technical care. The present study allowed the understanding of the types of care in view of nursing, and provided the apprehension of how these play a role as protagonists in care.

Key words: nursing care, care practice, nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de atención en la perspectiva de los profesionales de enfermería. Es un estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en un centro de tratamiento de cáncer, con una muestra de diez profesionales de enfermería. La recolección de datos tuvo lugar entre agosto 2013 a febrero

2014, después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación. Se han utilizado dos técnicas de recolección de datos: un registro fotográfico de los profesionales de enfermería de los objetos y / o situaciones que ellos "cuidado" y la entrevista proyectiva remetessem. A través de la lectura y el análisis del material, elencaram cinco categorías temáticas: Cuidado completo; Cálida atención; Cuidado práctica altruista; Atención multidisciplinaria y la Atención técnica. El presente estudio permitió la comprensión de los tipos de atención, en vista de la enfermería, y la aprehensión de como juegan un papel como protagonistas de la atención.

Palabras-clave: atención de enfermería, práctica de cuidado, enfermería.

INTRODUÇÃO

O cuidado está inserido na história da humanidade desde os seus primórdios, acompanhando a evolução dos tempos e convivendo com as mais variadas formas de sociedade⁽¹⁾. Constitui-se na essência humana, sendo através dele que o homem existe no mundo e se desenvolve. Assim, do nascimento até a morte, não há ser humano sem cuidado.

A palavra cuidado, do latim cura, em uma forma mais antiga *coera*, era usada nas relações de amor e amizade, expressando uma atitude de desvelo e preocupação, um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com zelo e solicitude⁽²⁾. Desse modo, o cuidado emerge quando a existência de alguém tem importância para o outro, que passa, então, a reconhecer as necessidades desse indivíduo e a dedicar-se a ele, dispondo-se a participar de sua vida, querendo o seu bem de forma integral.

Nesse contexto, o cuidado pode ser pensado como uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro, buscando o respeito de seus valores, crenças, sentimentos, emoções, não considerando apenas o aspecto biológico⁽³⁾.

Todavia, o cuidado, também, é entendido como um modo de estar com o outro no que se refere às questões especiais da vida, como a promoção e recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte⁽¹⁾. Neste pensar, emerge a enfermagem, a qual tem feito do cuidado humano objeto epistemológico da profissão.

Diante disso, considerando o cuidado uma ação fundamental para a promoção e recuperação da saúde, a atuação da equipe de enfermagem torna-se imprescindível junto ao paciente oncológico, até mesmo quando não há perspectivas de cura e nem de sobrevida. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem deve refletir, além da atenção terapêutica, a

solicitude, a sensibilidade, o contato, o interesse e o carinho enquanto aspectos intrínsecos ao ser humano e à enfermagem, pois um diagnóstico de câncer pode provocar nos indivíduos reações como medo, ansiedade, negação, desesperança e perda de controle⁽⁴⁾.

Dessa forma, para o cuidado ao paciente oncológico ser considerado efetivo, o enfermeiro e sua equipe necessitam não só do conhecimento da doença em si, mas, além disso, da habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem possibilidade de cura e suas necessidades⁽⁵⁾.

Logo, o profissional de enfermagem deve compreender o ser cuidado como um indivíduo que apresenta necessidades físicas, psíquicas e espirituais; sendo visto como sujeito ativo no processo saúde doença, respeitando sua singularidade, integralidade e contexto de vida, de forma holística⁽⁵⁾.

Ademais, ressalta-se que o protagonismo da equipe de enfermagem no cuidado ao indivíduo sadio ou enfermo possui relação com a forma como este profissional percebe essa ação. Contudo, muitas discussões acerca da definição de cuidado ainda são suscitadas, sobretudo entre os profissionais de saúde, pois alguns ainda o consideram sinônimo de assistência, enquanto outros o descrevem como essência da profissão e/ou objeto de estudo⁽⁶⁾.

Nesse ensejo, as visões sobre cuidado variam nas diferentes áreas de conhecimento e de acordo com seus interesses e perspectivas. Assim, para compreender seu sentido e significado, é preciso situá-lo no contexto de vida dos sujeitos envolvidos. Portanto, partindo-se da premissa de que o ser humano é um ser de cuidado e pode vivenciar sob vários pontos de vista essa condição, o presente estudo apresenta o seguinte questionamento: de que forma a equipe de enfermagem percebe o cuidado no ambiente de tratamento oncológico? Assim, este estudo teve como objetivo: descrever o processo de cuidar sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

MÉTOD

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno e realizar descrições de características, propriedades, ou relações existentes na comunidade, grupo, ou contexto pesquisado⁽⁷⁾. Dessa forma, considerando que o cuidado encontra-se em um nível da realidade mais difícil de ser quantificado, envolvendo o universo das significações, motivações, valores e atitudes, optou-se pela a abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva por acreditar que essa proporcionaria uma melhor compreensão das visões de cuidado que viessem a emergir mediante a realização do presente estudo.

O estudo foi desenvolvido em um Hospital, localizado em Natal/RN, vinculado à Liga Norte Riograndense contra o câncer, oferecendo atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em várias especialidades oncológicas.

Os participantes do estudo foram dez (10) profissionais de enfermagem, sendo três (03) enfermeiras e sete (07) técnicas de enfermagem lotadas no setor de clínica cirúrgica da instituição. Ressalta-se que a escolha da clínica cirúrgica foi realizada após visitas prévias à instituição, na qual foi analisada, em cada setor, a disponibilidade dos profissionais em participar do estudo, levando-se em consideração o ritmo de trabalho e gravidade dos pacientes atendidos.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital, estar inserido na escala de profissionais de enfermagem da instituição, no setor de clínica cirúrgica, no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão na amostra foram: sujeitos que estivessem de férias e/ ou licença no período da coleta de dados.

A seleção dos atores sociais incluídos no estudo ocorreu por conveniência, conforme a disponibilidade e aceitação em participar do estudo, sendo convidados todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor em questão. Ressalta-se, ainda, que a escolha do número de participantes aconteceu pela saturação das informações dos depoimentos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, sendo efetuada por meio de duas técnicas: registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem de objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado” e, entrevista projetiva, aplicada a partir de perguntas orientadoras e pela fotografia registrada pelo ator social do estudo. Na pesquisa qualitativa a entrevista projetiva é aquela que utiliza técnicas visuais, isto é, recursos visuais em que o entrevistador pode mostrar: cartões, fotos, filmes, entre outros ao informante^(7,8).

Para melhor captação e registro das informações, foi utilizado um aparelho gravador durante as entrevistas, mediante consentimento do depoente, permitindo a sua transcrição na íntegra. A análise e interpretação das informações foram realizadas com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin⁽⁹⁾.

Este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico”, cujo projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense contra o Câncer com CAAE 16104313.0.0000.5293, em concordância com a Resolução 196/96, revisada pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

A fim de assegurar o anonimato dos participantes do estudo, os entrevistados foram identificados pela sigla PE (Profissional de Enfermagem), seguida por um número arábico definido pela ordem cronológica de realização das entrevistas (PE1, PE2, PE3,...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as entrevistas, foram caracterizadas as participantes quanto ao sexo, idade, estado civil, cor e religião. Com a tabulação desses dados, percebeu-se que os dez profissionais incluídos no estudo (100%) são do sexo feminino; em relação à idade, a maioria (50%) está na faixa etária entre trinta e um e trinta e quatro anos; quanto ao estado civil, a maior parte (70%) é solteira.

Em seguida, foi realizada a leitura e análise do material coletado, por meio das quais foram elencados cinco grupos de cuidado, relacionados à percepção dos profissionais de enfermagem sobre o processo de cuidar na atenção oncológica, a saber: Cuidado integral; Cuidado acolhedor; Cuidado como prática altruísta; Cuidado multiprofissional; Cuidado técnico, as quais serão discutidas a seguir.

Cuidado integral

A integralidade é definida como um princípio do SUS, a qual considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orientando políticas e ações de saúde no intuito de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços⁽¹⁰⁾.

Todavia, a integralidade não pode ser entendida apenas como um princípio do SUS, mas também como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições⁽¹⁰⁾. Constitui-se no cotidiano do trabalho em saúde por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais, incluindo a enfermagem.

Dessa forma, para alguns profissionais de enfermagem que participaram desse estudo, o cuidado está atrelado à ideia de integralidade, sendo que esse envolve não somente a realização de procedimentos, pois inclui a visão dos aspectos psicológicos e emocionais do paciente, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Cuidado, no meu entendimento, não é só a assistência que a gente tem que prestar. Cuidado é também a gente ver se o paciente está bem emocionalmente [...]. O cuidado vai além das atividades que a gente

tem para executar, é a gente olhar o paciente como um todo, como ele está. (PE1)

Cuidado para mim, além de um cuidado físico, é um cuidado mais amplificado. Não é só o físico do paciente, aquela prática que a gente já está acostumada a ter, como banho, mas também uma conversa, é algo maior do que a gente está acostumado a ter todos os dias. (PE2)

O cuidar vai além do procedimento. O procedimento é uma parte [...]. (PE10)

As concepções de cuidado que estão subjacentes às falas remetem ao sujeito do cuidado como um ser de necessidades diversas e diferenciadas, em que, além das necessidades físicas, também sobressaem as de natureza psicoemocional, as quais podem influenciar o processo de saúde-doença.

Nessa perspectiva, para as ações de enfermagem no cuidado ao paciente serem integrais, o modo de entender e abordar o indivíduo deve basear-se na teoria holística, em que o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado por seus aspectos físico, psicológico e social separadamente⁽¹¹⁾.

Nesse ensejo, o cuidado da enfermagem precisa englobar a saúde em sua integralidade, nos seus aspectos psicobiológicos, espiritual, social e político, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências⁽¹⁰⁾.

Ademais, o cuidado integral pode ser entendido como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeito e repercussões de interações positivas entre usuários e profissionais, manifestado em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Essas ações foram expressas nas falas dos profissionais que participaram deste estudo, conforme pode ser verificado nos seguintes relatos:

O cuidar é uma coisa muito ampla, não é só você prestar uma assistência para sanar a dor de alguém, ou administrar uma medicação, mas também cuida conversando, escutando, quando você se importa com aquela pessoa você está cuidando [...]. (PE5)

Não é só o físico, mas também o mental. Então se ela está em um ambiente onde as pessoas gostam dela e promovem esse carinho, isso já é um cuidado. (PE7)

As falas apresentadas destacam a importância de elementos que caracterizam um cuidado integral e humanizado, tais como a atenção, o carinho a escuta e o diálogo. Destaca-se, dessa forma, que um dos aspectos envolvidos no cuidado são os sentimentos de

solidariedade, amor, compaixão, honestidade, preocupação e desvelo, os quais permitem a aproximação e a confiança necessárias ao cuidado⁽¹²⁾. Assim, cuidar também implica em sentir afeto, ternura, em acariciar pelo toque, em conviver.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde tenham uma visão mais holística do ser humano e da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestada a cada usuário, entendido como ser humano especial único na sua diversidade e que, naquele momento, precisa do auxílio de alguém⁽¹³⁾. Portanto, o toque, o carinho, a escuta, o diálogo e a criação de vínculos oferecem ao profissional de enfermagem possibilidades de serem protagonistas de uma prática direcionada ao cuidado integral.

Cuidado acolhedor

A Enfermagem, como prática social que cuida de pessoas nos mais distintos momentos de seu processo de viver, tem estreita relação com a necessidade de amor e acolhimento dos seres cuidados⁽¹⁴⁾. Assim, os cuidados de enfermagem compreendem ações que requerem a interação entre o profissional e o ser humano cuidado, com vistas à proporcionar o acolhimento e atendimento humanizado, como pode ser observado na seguinte fala:

Eu acho o cuidado muito abrangente. Ao mesmo tempo eu acho o cuidado acolhedor. Eu acho que atenção é cuidado, o respeito é cuidado, o ouvir, o toque, o acolhimento. (PE4)

Percebe-se na fala supracitada, a presença do acolhimento enquanto componente do cuidado. O acolhimento pode ser entendido como uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde⁽¹⁵⁾. Portanto, constitui-se em um modo de operar os processos de trabalho, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários em cada momento específico.

Dessa forma, o acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas⁽¹³⁾.

Todavia, deve-se entender o acolhimento como um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços de saúde. No contexto da hospitalização, deve envolver todos os trabalhadores da saúde nas diferentes áreas de atuação, pois tendo em vista o sofrimento, sensação desagradável e a insegurança que a doença ocasiona, o paciente irá necessitar da atenção de todos os profissionais.

No cuidado de enfermagem, o acolhimento pode contribuir para o estabelecimento de um melhor relacionamento interpessoal entre profissional e paciente, possibilitando a esses profissionais demonstrarem um protagonismo não só voltado aos conhecimentos técnicos e científicos, mas, também imbuído de habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional, responsabilizando-se pelo outro e pelo cuidado humanizado.

Cuidado como prática altruísta

O cuidado humano representa uma maneira de ser e de se relacionar, caracterizando-se pelo desvelo, solicitude, diligência, zelo e atenção. Implica em colocar-se no lugar do outro em situações diversas, seja na dimensão pessoal, seja na social. Dessa forma, o valor do cuidado de enfermagem perpassa por uma concepção ética que contempla a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade e suas escolhas⁽¹²⁾.

Nesse sentido, cuidar em enfermagem incide no empenho de esforços transpessoais de um ser humano para outro, com o intuito de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando o sujeito a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como, na existência⁽¹⁶⁾. Nessa perspectiva, foi observada nas falas a percepção de cuidado relacionado ao altruísmo, em que o cuidador se relaciona com o ser cuidado de forma empática, colocando-se no lugar do outro e tentando atender as suas necessidades:

Cuidado para mim, é a gente gostar do que faz e não pensar em ter algo em troca, é isso. (PE6)

Cuidado é você se colocar no lugar do outro e fazer a mesma coisa que você queria que fizessem com você. Na verdade é a empatia mesmo. (PE7)

O cuidado, para mim, é preocupar-se com o próximo, preocupar-se com o paciente, não só o paciente, como a família. (PE10)

Nas falas produzidas pelos participantes do estudo, observa-se a percepção de que o altruísmo no cuidado está vinculado às questões de empatia entre profissionais e usuários. A

empatia se refere à capacidade de o indivíduo compreender, sem julgar, as experiências positivas e negativas do outro, implicando em compartilhar a emoção percebida e sentir-se como o outro⁽¹⁷⁾. Deste modo, envolve ouvir o ser cuidado, entender suas preocupações e fazer com que possa ser compreendido e acolhido.

Assim, considerando que o cuidado necessita do envolvimento com o outro, a empatia mostra-se como um elemento primordial no processo de humanização, visto que quando o indivíduo se coloca no lugar do próximo, pensa no que sentiria se estivesse na situação vivida pela outra pessoa, então passa a agir de acordo com seus valores e ideais, qualificando e “humanizando” o cuidado⁽¹²⁾.

O profissional que compartilha com as demais pessoas experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, e compreende de que forma o ser cuidado vivencia o processo saúde-doença, constitui um dos fundamentos do altruísmo, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem. Dessa forma, o profissional de enfermagem que expressa o comportamento altruísta, em relação a si e aos outros, possui melhores condições de vivenciar o cuidado humano, tendo em vista que o cuidado, tanto em suas dimensões pessoal, social e profissional, é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem⁽¹⁸⁾.

Cuidado multiprofissional

A proposta do trabalho em equipe é veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Nesse sentido, a necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados em saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. Assim, a ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos⁽¹⁹⁾.

Mediante o exposto, a atuação dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde foi percebida pelos profissionais de enfermagem, tendo sido reconhecida a importância desses sujeitos no cuidado ao paciente, como observado nas falas a seguir:

[...] esse cuidado precisa ser completo. A gente faz a nossa parte, o médico faz dele, o fisioterapeuta e os outros profissionais também, porque se não tiver o cuidado da equipe multiprofissional aí eu acho que as coisas não andam muito bem. (PE4)

Porque o cuidado está nas palavras da psicologia, é o cuidado em palavras, o que a psicologia pode dizer para confortar mais essa acompanhante. (PE8)

Porque o cuidado está na fisioterapeuta. Porque ela cuida com carinho e com os conhecimentos dela. (PE9)

Então como era a técnica do banco de sangue, tem aquela fama de pegar muita veia, de puncionar muito bem. Então ela era a pessoa indicada para minimizar o sofrimento do paciente. (PE10)

De acordo com as falas supracitadas, infere-se que os sujeitos percebem o cuidado partilhado com outros profissionais como sinônimo de cuidado em equipe multiprofissional. No cuidado partilhado, são enfocadas características como a partilha do poder e de conhecimentos, permitindo que todos os atores intervenientes no processo se enriqueçam, na medida em que cada um traz para a relação, conhecimentos, experiências e perícia⁽²⁰⁾.

Concernente ao trabalho em equipe, a literatura aponta que este é a base para ações integrais na saúde, atendendo com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida, pois, a abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, e este passa a ser atendido por todos os membros da equipe de saúde que objetiva encontrar possibilidades para resolução de sua problemática ou necessidades⁽²¹⁾.

Dessa forma, a experiência de trabalho em uma equipe multiprofissional pode contribuir para a capacitação dos profissionais, tendo em vista que estes precisam desempenhar suas atividades em consonância com outras categorias profissionais, levando em consideração a contribuição específica das diversas áreas implicadas⁽²²⁾.

Nesta perspectiva, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais envolvam-se em algum momento do cuidado, agindo de acordo com seu nível de competência específico e formando um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos pacientes e de seus familiares.

Cuidado técnico

A enfermagem é uma profissão secular que, em seus primórdios, teve sua formação voltada para o modelo de assistência centrado na execução de tarefas e procedimentos rápidos sob rígida disciplina. Os conhecimentos e atuação eram diretamente relacionados e subordinados aos saberes médicos, e durante muito tempo não houve bases teóricas que

norteassem a profissão, por isto esta categoria desenvolvia suas atividades de modo, eminentemente, tecnicista⁽²³⁾.

Tal fato ainda repercute na atuação de muitos profissionais de enfermagem, tendo em vista que alguns enfatizam as condutas práticas e diminuem a relevância do conhecimento científico e da práxis, como observado nas falas a seguir:

Então aí é a nossa assistência, é o cuidado que a gente realiza, dá o banho [...]. (PE1)

Então o cuidado está aí na colocação o termômetro. (PE9)

As falas citadas evidenciam a utilização dos termos assistência e cuidado como sinônimos, demonstrando que alguns profissionais ainda desconhecem as particularidades dessas expressões. Todavia, cabe salientar que a assistência está relacionada à execução das técnicas e procedimentos, buscando atender às necessidades físicas e fisiológicas do paciente, como alimentar, higienizar, administrar medicações, realizar curativos, entre outros⁽²⁴⁾.

Por outro lado, o cuidado compreende os comportamentos e atitudes demonstrados nas ações que lhe são pertinentes, e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer⁽¹⁶⁾. Assim, o cuidado implica em estar presente, zelar, dialogar, estabelecer relações entre profissional e paciente.

Todavia, as falas denotaram o enfoque ao cuidado prescrito e a sua rotinização:

A paciente estava sentindo dor e foi feito conforme estava prescrito.
Esse é o nosso dever, cumprir o que estava prescrito. (PE2)

Dessa forma, cabe salientar que o cuidado assumido pelos profissionais de enfermagem não deve focalizar apenas a atenção no procedimento prescrito, caracterizando um cuidado rotineiro, mas, sobretudo, precisa buscar atender às necessidades do paciente com sensibilidade, presteza e solidariedade, mediante ações e atitudes de cuidado realizadas para promover o conforto e o bem-estar, conjugando a integridade física e emocional num processo de troca entre cuidador e ser cuidado.

Além disso, há a necessidade de um cuidado imbuído de raciocínio crítico e clínico, possibilitando uma assistência de qualidade em prol de resultados positivos. Nessa

perspectiva, ao longo dos anos a equipe de enfermagem, sob a supervisão dos enfermeiros, tem buscado atuar de maneira cada vez mais científica.

Destaca-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual constitui um modelo metodológico ideal para a equipe de enfermagem aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática profissional, além de permitir que se auxilie e avalie o paciente numa visão holística, tanto aos aspectos biopsicossociais e espirituais⁽²³⁾.

Todavia, ao expressarem as suas visões sobre o cuidado, os sujeitos desta pesquisa também demonstraram a preocupação em minimizar a dor física apresentada pelo paciente, entendendo tal movimento como manifestação do cuidado.

Eu estava na realização da troca de um curativo, [...] um cuidado para evitar a dor e evitar que a úlcera fique maior. (PE2)

E aí a gente molha com soro para ajudar a retirar, para a paciente também não sentir tanta dor.[...]A morfina foi feita antes desse procedimento, porque dói.(PE1)

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. É uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, é necessário evitar que as práticas de enfermagem abrangendo cuidados técnicos tornem-se rotineiras, sem alterações significativas em seu conteúdo, caracterizando um cuidado predominantemente mecanicista⁽²⁶⁾.

No entanto, ressalta-se que o cuidado não implica na rejeição aos aspectos técnicos, pois se constitui em um complexo de ações com vistas ao suprimento de necessidades circunstanciais das vastas manifestações humanas dos pacientes⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, é preciso, além da execução da técnica em si, interagir, apoiar e orientar o ser cuidado, sendo imprescindível a percepção de como esse evento está sendo vivido, pois isto é determinante para a tomada de decisões, da postura e de atitudes relacionadas ao cuidado ofertado.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu descrever como os profissionais de enfermagem de um centro de tratamento oncológico percebem o cuidado. Constatou-se que as visões desses profissionais despontavam desde um cuidado integral, acolhedor e multiprofissional,

valorizando os aspectos biopsicossociais, espirituais e o estabelecimento de vínculos, até um cuidado técnico que se reflete na realização de procedimentos e atendimento às prescrições.

Assim, os tipos de cuidado aqui descritos estão relacionados tanto a atitudes complexas, imbuídas de elementos simbólicos e ricos em significados, como a atenção, o carinho o toque e o diálogo, como também a atos mecanicistas, considerando apenas a dimensão física dos indivíduos.

Nesse sentido, a forma como os profissionais de enfermagem atuam enquanto protagonistas no processo de cuidar possui íntima relação com a percepção que esses sujeitos têm sobre o cuidado.

Apreende-se, portanto, que este estudo pode contribuir para a reflexão da prática profissional a partir do entendimento de que o cuidado de enfermagem vai além de tarefas e procedimentos técnicos, configurando-se como um universo de ações, sentimentos e comportamentos que se pode realizar junto às pessoas que dele necessitam. Diante disso, é necessário ressaltar que o profissional de enfermagem deve estar cada vez mais aberto para novas possibilidades, valorizando o ser cuidado, tornando-o parte essencial do processo de cuidar, permitindo e respeitando sua participação e autonomia, com vistas a transcender o cuidado meramente tecnicista.

Ademais, torna-se indispensável discutir qual atuação efetivamente se tem exercido no cuidado humano e, de fato, qual a participação que se espera alcançar, indicando a necessidade de mais pesquisas e debates em torno do protagonismo do profissional de enfermagem no cuidado, sendo imperativo a compreensão do sentido e do significado desse cuidado para os sujeitos envolvidos, levando-se em consideração as relações interpessoais estabelecidas.

REFERÊNCIAS

1. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev. Esc. Enferm USP. 2009 [citado em 2014 jun 15]; 43(3): 697-703. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf
2. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. Rev Bras Enferm. 2010 [citado em 2014 jun 14];63(1): 84-90. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a14.pdf

3. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2009 [citado em 2014 jun10]; 13(2): 342-51. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf
4. Stumm EMF, Leite MT, Maschio G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Rev. Cogitare Enferm.* 2008 [citado em 2014 jun 13]; 13(1):75-82. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11955/8436>
5. Sousa, DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm.* 2009 [citado em 2014 jun18]; 18(1): 41-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05
6. Fernandes GCM, Sebold LF, Backes MTS, Arzuaga MA, Carraro TE, Radünz V. O cuidado na perspectiva da convivência, respeito e tolerância: percepções de pós-graduandas em enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2011[citado em 2014 set 02]; 10(1):101-9. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14913/pdf>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
8. Banks M. *Dados visuais para pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed, 2009.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2014.
10. Gelbcke FL, Reibnitz KS, Prado ML, Lima MM, Kloh D. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enfermagem em Foco.* 2011[citado em 2014 jun 15]; 2(2): 116-9. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/108>
11. Santos EB, Bevilacqua PD. Integralidade e humanização: experiências locais de atenção à saúde. *Revista APS.* 2012 [citado em 2014 jun 14]; 15(2): 220-6. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1441/636>
12. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. enferm. UERJ.* 2012 [citado em 2014 jun 13]; 20(1): 124-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf>
13. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS.* 2010 [citado em 2014 jun 22]; 13(1): 4-9. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>
14. Araújo FP, Ferreira MA. Representaciones sociales sobre la humanización de la atención: implicaciones éticas y de la moral. *Rev Bras Enferm.* 2011[citado em 2014 jun 14]; 64(2):287-93. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a11v64n2

15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 2014 jun 22]. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf
16. Waldow VR. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
17. Waal F. A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil. Tradução Rejane Rubino. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
18. Braccialli LAD, Marvulo MML, Gomes R, Moraes MAA, Filho OMA, Pinheiro OL, et al. Cuidado ampliado em Enfermagem. *remE- Rev. Min. Enferm.* 2009 [citado em 2014 jun 15]; 13(3): 391-8. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/204
19. Zank C, Ribeiro JAR, Behar PA. A busca pelo trabalho em equipe: razões das organizações, razões dos sujeitos. *ECS.* 2011 [citado em 2014 jun 14]; 1(1): 06-20. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/156>
20. Mendes MGSR, Martins MMFPS. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência.* 2012 [citado em 2014 out 19]; 3(6): 113-21. Disponível em:
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/xmlui/bitstream/handle/1822/19941/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf?sequence=3>
21. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e Emergência. *Texto Contexto Enferm.* 2009 [citado em 2014 jun 15]; 18(2): 266-72. Disponível em:
<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072009000200009>
22. Marinho CCC, Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. *RBSP.* 2011 [citado em 2014 set 02]; 35(3): 619-33. Disponível em:
http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/282/pdf_91
23. Santos NS, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2011 [citado em 2014 jun 11]; 64(2): 355-8. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf
24. Lima MPO. Significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar: uma visão interacionista. Fortaleza, 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

25. Carvalho FC; Rezende ACC. A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor: revisão de literatura. Rev. Saúde e Desenvolvimento. 2013 [citado em 2014 jun 14]; 4(2):173-83.

Disponível em:

http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v7_n2_jan_jun_2013.pdf

26. Silva RS, Campos AER, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. RevEscEnferm USP. 2011[citado em 2014 jun 11]; 45(3):738-

44. Disponível em: www.scielo.br/pdf/re USP/v45n3/v45n3a27.pdf

4.2 Manuscrito 2: Cuidar e ser cuidado: em tela os atores

Cuidar e ser cuidado: em tela os atores
Take care and be careful: the actors on screen

Adriana Gonçalves de Barros¹, Viviane Euzébia Pereira Santos²

¹Mestranda em Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: adriana.goncalves38@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

* Este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico”.

Resumo

Objetivo: descrever a percepção dos profissionais de enfermagem e dos pacientes de um centro de tratamento oncológico acerca dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Métodos: pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, realizada em um centro de tratamento oncológico em Natal/RN/Brasil, foram incluídos dez profissionais de enfermagem e dez pacientes. A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2013 a fevereiro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética. Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: registro fotográfico e entrevista projetiva. **Resultados:** com base nas entrevistas e análise temática aplicada sobre os achados emergiram quatro categorias: Profissional que cuida e é cuidado; Cuidador de si; O acompanhante familiar; Cuidador voluntário. **Conclusão:** a compreensão de quem são os atores envolvidos no cuidado pode auxiliar no entendimento dos sentimentos, comportamentos e percepções que se misturam no momento do cuidar, bem como a adoção de novas posturas e práticas no momento do cuidado.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Relações Interpessoais; Comunicação.

Abstract

Objective: To describe the vision of nursing professionals and patients of a cancer treatment center about the subjects involved in the care process. **Methods:** qualitative study of exploratory and descriptive type conducted in a cancer treatment center in Natal / RN / Brazil ten nurses and ten patients were included. Data collection occurred between August 2013 to February 2014, after approval by the Ethics Committee. Photographic record and projective interview: two techniques of data collection were used. **Results:** Based on the interviews and data analysis, four categories emerged: professional who cares and is cared for; Caregiver himself; The family companion; Volunteer caregiver. **Conclusion:** understanding who are the actors involved in care can help understand the feelings, behaviors and perceptions that blend at the time of care, and the adoption of new attitudes and practices at taking care.

Keywords: Nursing Care; Nursing; Oncologic Nursing; Interpersonal Relations; Communication.

Introdução

Todo ser humano nasce com potencial para o cuidado, sendo, portanto, capaz de cuidar e ser cuidado. Naturalmente, essa capacidade será melhor ou menos desenvolvida conforme as situações em que for exercida durante as etapas da vida¹.

Nesse sentido, o cuidado compreende comportamentos, atitudes, valores e princípios que são vividos cotidianamente pelos indivíduos nas mais diversas circunstâncias².

No concernente à ocorrência de um câncer, os sujeitos podem vivenciar de modo muito particular o cuidado, pois os significados atribuídos à experiência do adoecimento tem relação com as representações construídas por cada pessoa em seu processo de vida nos contextos socioculturais advindos.

Nesse caso, o cuidador deve estar sensibilizado e habilitado para ajudar e apoiar o ser cuidado, tendo em vista que os esforços para buscar a restauração vão além da ordem física, representando apoio e permitindo que o outro seja ele mesmo, em sua própria especificidade e singularidade³.

Dessa forma, se faz necessária a interação entre os atores envolvidos, a qual deve levar em consideração elementos como a comunicação, o respeito e a cooperação. Além disso, para que a atmosfera de cuidado ocorra de forma verdadeira e acolhedora, contribuindo para o estabelecimento de vínculo entre o cuidador e o ser cuidado, é necessário que a intenção de quem cuida fique clara, ou melhor, seja demonstrada genuinamente por palavras e ações⁴. Estas devem ser repletas de sensibilidade, delicadeza, solidariedade e empatia, excluindo preconceitos de qualquer ordem e utilizando a relação interpessoal como base entre os atores envolvidos.

Por conseguinte, o cuidado resulta de um processo em que se conjugam sentimentos, valores e atitudes, com a finalidade de satisfazer os indivíduos nele envolvidos⁵. Assim, considerando que o cuidado é inerente ao ser humano e que percorre toda humanidade, acredita-se que este está presente na vivência diária, na família, no trabalho, no convívio social, fortalecendo e conservando a relação entre quem cuida e quem é cuidado. Além disso, os sujeitos podem, a qualquer momento, assumir os papéis de cuidador e/ou ser cuidado.

Logo, partindo da premissa de que a forma de interação com os amigos, a família, os colegas de trabalho, e até com pessoas desconhecidas podem determinar a posição do sujeito enquanto ser que cuida ou que é cuidado, elencou-se o seguinte questionamento: qual a percepção dos profissionais de enfermagem e dos pacientes de um centro de tratamento oncológico acerca dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar desta unidade de saúde?

Este estudo teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais de enfermagem e dos pacientes de um centro de tratamento oncológico acerca dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Optou-se pela abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, tendo em vista que o objeto estudado abrange elementos não quantificáveis, e esta favorece a análise de fenômenos complexos e únicos, possibilitando a compreensão dos mesmos. Além disso, permite uma melhor avaliação de aspectos que são da ordem da subjetividade.

A abordagem qualitativa se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como os seres humanos percebem a si mesmos e como pensam⁶.

O cenário do estudo foi um Hospital, localizado em Natal/RN/Brasil, vinculado à Liga Norte Riograndense contra o câncer, que oferece atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em várias especialidades oncológicas.

Os sujeitos da pesquisa foram dez (10) profissionais de enfermagem, sendo três (03) enfermeiras e sete (07) técnicas de enfermagem, lotadas na clínica cirúrgica da instituição e dez (10) pacientes internados no referido setor. Cabe salientar que a escolha da clínica cirúrgica foi realizada após visitas prévias à instituição, na qual foi analisada, em cada setor, a disponibilidade dos profissionais em participar do estudo, levando-se em consideração o ritmo de trabalho e os pacientes cujas condições clínicas permitissem a manipulação da câmera fotográfica e realização da entrevista projetiva.

Para os profissionais, os critérios de inclusão consistiram em: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital e estar inserido na escala de profissionais de enfermagem da instituição no momento da coleta de dados. Foram excluídos os sujeitos que estavam de férias e/ ou licença no período da coleta de dados. Quanto aos pacientes, incluiu-se aqueles que possuíam suas capacidades cognitivas preservadas, que estavam internados e em qualquer fase do tratamento no hospital. Os critérios de exclusão correspondiam a: sujeitos que já haviam terminado o tratamento (remissão da doença) e internados para o tratamento de outras comorbidades, ou que tinham recebido alta do tratamento no momento da coleta de dados, além dos portadores de necessidades especiais como surdez, mudez e problemas psiquiátricos que interferissem na comunicação entrevistado-entrevistador ou outra condição que alterasse a cognição.

A seleção dos atores sociais incluídos no estudo ocorreu por conveniência, de acordo com a disponibilidade e aceitação em participar do estudo, sendo convidados todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor e os pacientes que apresentavam condições clínicas favoráveis. A escolha do número de participantes aconteceu pela saturação das informações dos depoimentos.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, utilizando-se duas técnicas: registro fotográfico, pelos profissionais de enfermagem e pacientes, de objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado” e, entrevista projetiva, que associou questões orientadoras e o registrado na fotografia por cada ator social do estudo.

Ressalta-se que a fotografia é o produto de algo que está posto na realidade, proporcionando a visão de detalhes, retratando, assim, o “ver” e o significar do mundo de quem a produz⁷. A entrevista projetiva, por sua vez, é uma técnica que possibilita utilizar imagens e documentos com o intuito de motivar o entrevistado a recordar acontecimentos passados. Também possibilita a captação imediata das informações imprescindíveis, permitindo a entrevistadora fazer as adequações necessárias e a formulação de perguntas de forma mais livre⁸.

Para melhor captação e registro das informações, foi utilizado um aparelho gravador durante as entrevistas, mediante consentimento do depoente, permitindo a sua transcrição na íntegra. A análise e interpretação das informações foram realizadas com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin⁹.

Cabe destacar que este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico”, cujo projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense contra o Câncer com CAAE 16104313.0.0000.5293, em concordância com a Resolução 196/96, revisada pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

A fim de assegurar o anonimato dos atores sociais do estudo, os profissionais entrevistados foram identificados pela sigla PE (Profissional de Enfermagem) seguida por um número arábico (PE1, PE2, PE3,..), de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas, o mesmo foi aplicado para identificação dos paciente, substituindo-se apenas a sigla para PA (Paciente - PA1, PA2, PA3,...).

Resultados e Discussão

Com base nas entrevistas e análise dos dados emergiram quatro categorias de discussão: Profissional que cuida e é cuidado; Cuidador de si; O acompanhante familiar; Cuidador voluntário, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

Profissional que cuida e é cuidado

O cuidado às pessoas é apontado como objeto epistemológico da enfermagem. É um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida das pessoas, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte¹⁰.

Em se tratando de um diagnóstico de câncer, esse representa para muitos indivíduos um momento de ansiedade e medo, podendo ser sinônimo de dor, morte e sofrimento. Neste ensejo, se destaca a relevância da equipe de enfermagem, por estar mais próxima, por um período maior de tempo, do paciente, buscando prestar atendimento humanizado, compreendendo e apoiando o indivíduo em suas necessidades, no decorrer do processo do adoecimento¹¹. Assim, os profissionais de enfermagem assumem o papel de cuidadores, estando perto dos pacientes para atendê-los em suas necessidades, como visto nas seguintes falas:

Na minha profissão, eu cuido dos meus pacientes. (PE5)

Eu cuido dos meus pacientes aqui no hospital. (PE8)

Eu cuido dos pacientes aqui no hospital [...]. (PE9)

Enquanto cuidador, o profissional de enfermagem é o que possui maior contato com o paciente em seu tratamento hospitalar, pois atua junto a este, participando das rotinas e procedimentos 24 horas por dia, experimentando junto ao mesmo e seus familiares “as dores” e o sofrimento, contribuindo para o conforto e alívio dessas situações¹².

Todavia, sabe-se que, no cuidado a pacientes oncológicos podem ser vivenciadas perdas, dores, sofrimento e morte, expondo o profissional a situações difíceis e de desgaste emocional.

Nesse sentido, o cuidado do ser que é cuidador deve ser valorizado pelos profissionais da saúde. Assim, os profissionais de enfermagem entrevistados, apesar de assumirem o papel de cuidadores dos pacientes, também reconhecem a necessidade de cuidarem dos membros da equipe, como percebido nas seguintes falas:

Aqui eu cuido dos pacientes, e eu cuido dos funcionários. (PE4)

Meu cuidado com a equipe é, por exemplo, se algo acontecer é eu estar do lado dela (da equipe), dar um conselho, se precisar de ajuda eu estou para ajudar. (PE6)

As falas denotam que, além do cuidado ao paciente, também, se faz necessário estar atento à sua equipe, estando apto a apoiá-la e zelar pela sua integridade. Dessa forma, cuidar

exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo e, o profissional de enfermagem, possui condições e qualificação necessária para proporcionar um ambiente de cuidado aos pacientes e aos profissionais cuidadores da equipe¹³.

Nesse ensejo, concomitante ao cuidado do paciente, é importante valorizar as relações interpessoais no ambiente de trabalho, o cuidado para com o colega, pois o ser humano vive em sociedade, em grupo e no trabalho formam uma equipe. Desse modo, é preciso dar atenção àquele com quem se convive a maior parte do tempo no ambiente de trabalho, que vivencia os mesmos conflitos, as mesmas dores e as mesmas alegrias.

O cuidado humanizado ao outro, neste caso o colega, advém de atitudes na busca de um (con)viver melhor, devendo o profissional, nos processos interativos, demonstrar-se aberto e flexível. Dividir tarefas, vencer resistências individuais e coletivas, negociar e dividir espaços em comum são formas de cuidado que podem ser demonstradas no âmbito profissional, apontando uma forma ética de relacionamento humano¹⁰. Acredita-se, assim, que uma equipe de saúde que se sente zelada e valorizada por seus membros, certamente saberá retribuir melhor o cuidado, quando se fizer necessário.

Em se tratando de pacientes oncológicos, o cuidado assume uma dimensão especial, tendo em vista a possibilidade dos diversos comprometimentos nos aspectos físicos, emocionais e sociais gerados pela doença. Portanto, no exercício do cuidado, o profissional de enfermagem deve considerar a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais de cada indivíduo^{13,14}.

Além disso, os cuidados devem seguir os princípios de solidariedade e de responsabilidade profissional, que estão inseridos na base de um cuidar humanizado, que não discrimina raça, credo, gênero ou cor. Também cabe ao profissional de enfermagem, enquanto cuidador, atender e compreender o “outro” em suas particularidades, baseando sua prática em conhecimentos técnico-científicos¹⁵.

Nesse sentido, o cuidado envolve relacionamento interpessoal, originado no sentimento de ajuda e confiança mútuas. Dessa forma, a relação entre profissionais e pacientes tem consequências fundamentais, tanto na adesão, quanto nos resultados terapêuticos, porque é necessário confiança no tratamento e no profissional¹⁵. Assim, a fala dos pacientes denota o sentimento de confiança e a importância atribuída não só aos profissionais de enfermagem, mas também a outros membros da equipe de saúde enquanto cuidadores:

[...] eu estou sendo bem cuidada, bem tratada, tanto pelos enfermeiros, pelos médicos, pelas auxiliares de cozinha, pelas auxiliares de limpeza, o povo todinho. (PA1)

O cuidado está nelas (enfermeiras) porque esse cuidado está todo entregue nas mãos delas. Porque eu acho que são elas que devem resolver tudo, cuidar de tudo [...]. (PA2)

São as enfermeiras e os médicos cuidando da gente, aí estou sendo muito cuidada. (PA4)

Porque o cuidado aqui é nela, que é uma psicóloga e que também é uma pessoa que nos ajuda. (PA9)

Ela traz as comidas para gente, é a moça da nutrição, que dá todo seu carinho, todo seu apoio para gente, para poder dar nossa alimentação. (PA9)

O cuidado é de grande importância quando dispensado ao cliente e torna-se mais relevante ainda quando é direcionado a pessoas com neoplasias malignas. Percebe-se que os profissionais de saúde que assistem esses pacientes têm o desafio de encontrar significados e respostas aos questionamentos do processo de viver – adoecer, curar, morrer – e de implementar medidas para promover a vida ou aliviar o sofrimento¹¹.

Logo, cuidar implica em servir, perceber o outro em pequenos gestos, em pequenas falas, em suas limitações, sendo preciso que os profissionais tenham afinidade e afetividade em relação aos pacientes, principalmente no caso dos portadores de câncer.

Ademais, o cuidado aos pacientes requer dos profissionais de saúde uma visão ampla que lhes permita perceber o ser humano em sua totalidade, condição imprescindível para cuidar com qualidade¹⁶. Deste modo, o cuidado consiste em uma atividade universal e intrinsecamente valiosa, podendo promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos¹⁷.

Mediante o exposto, evidencia-se que os cuidadores profissionais, além de cuidar dos pacientes, também necessitam ser cuidados pelos membros da sua própria equipe. Assim, assumem o papel de cuidadores e seres cuidados, demonstrando que o cuidado do outro também perpassa pelas relações estabelecidas entre os atores envolvidos, sendo fundamental implementar o cuidado não só à clientela, mas também aos colegas da equipe.

Cuidado de si

Cuidar de si consiste em uma abordagem imprescindível para o processo de ser e viver saudável, abrangendo o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações, bem como a integração da dimensão física, mental e espiritual¹³.

Nessa perspectiva, o cuidado deve ser sentido, experienciado e vivido. E para que ele seja dinâmico, integrado ao dia-a-dia, o ser humano deve absorvê-lo, permitir que ele faça parte de si mesmo. Portanto, para cuidar do outro, antes de tudo, é necessário cuidar de si.

Dessa forma, o cuidado que se dispensa a si pode influenciar o tipo de relação com o ser cuidado, pois é preciso estar bem consigo para estar bem com o próximo. Assim, a premissa básica para cuidar do outro está na necessidade de cuidar de si, sendo imperativo que isso faça parte do cotidiano do indivíduo, constituindo-se como um estilo de vida^{18,19}.

Na condição de ser humano, o profissional de enfermagem, também, necessita de cuidados, se cuidar e cuidar de si. Contudo, tendo em vista as características da profissão, este possui uma maior convivência com o sofrimento humano, tendo que lidar com a dor, o medo, os sentimentos e as emoções do ser cuidado e suas próprias. Logo, é imprescindível cuidar de si e ter uma relação saudável consigo, para, então, se relacionar e cuidar do outro¹⁰. Corroborando com o exposto, pode-se perceber nas falas subjacentes, que os profissionais de enfermagem entrevistados compreendem a necessidade de cuidar de si para exercer sua atividade enquanto cuidador:

Primeiramente eu cuido de mim, tentando organizar minha vida. Para mim a organização é um dos cuidados que se faz, porque sem organização fica tudo mais difícil na sua vida. (PE3)

Eu cuido de mim, em primeiro lugar, porque eu tenho que cuidar de mim para depois eu cuidar de alguém [...]. (PE5)

O eixo norteador da assistência de enfermagem é o cuidado e, para tanto, existe a real necessidade do investimento no desenvolvimento desse profissional, estimulando-o à prática do cuidar de si, não só para proporcionar ao outro um cuidado mais consciente e seguro, mas também para proporcionar a si um nível satisfatório de bem-estar ao que tange a sua saúde enquanto trabalhador e ser humano²⁰.

Com vistas a estas questões, o profissional que pretende cuidar dos outros, antes de tudo, necessita demonstrar que sabe cuidar de si, que conhece os limites do seu fazer, que respeita o outro como um ser diferente de si^{19,20}.

Para isso, torna-se fundamental analisar criticamente as práticas diárias, tanto pessoais como profissionais, e as relações estabelecidas com o meio ambiente e com os demais seres e pautar, não somente as questões estéticas, mas, também, as éticas, levando em consideração os próprios limites e, principalmente, os limites e diferenças do outro²⁰.

Referente aos pacientes, estes também reconhecem a necessidade de cuidar de si, sendo que, para eles, diz respeito ao cuidado do próprio corpo, a manutenção de práticas saudáveis e/ ou a de atitudes na busca destas, visando um viver com qualidade.

Cuidado para mim é cuidar da saúde. (PA3)

Cuidado é você se cuidar, do próprio corpo [...]. (PA8)

O cuidado para mim, assim, é você se dedicar ao que você gosta, seu trabalho, a sua vida, sua convivência [...]. (PA9)

Frente a um diagnóstico de câncer, o indivíduo tende a realizar uma nova reflexão sobre a vida, pois, a vivência dessa doença induz uma série de mudanças nos hábitos diários, como por exemplo, um acompanhamento rigoroso de seu estado de saúde e adoção de um estilo de vida mais saudável. Nesse ensejo, o indivíduo passa a praticar de forma mais enfática o cuidado de si, como forma acolher os confortos e desconfortos do processo de viver, escolhendo agir ou não sobre eles²¹.

No entanto, as falas demonstram que, na percepção dos pacientes, o cuidado de si é sinônimo de cuidado de forma geral, sendo o cuidado com a saúde, com o corpo e a execução de atividades que conferem satisfação formas de exercer o cuidado de si.

Assim, cabe refletir na diferença entre cuidado, autocuidado, se cuidar e cuidar de si, por vezes tidos como sinônimos. Assim, o cuidado consiste em um conjunto de esforços transpessoais direcionados ao ser humano com o intuito de proteger, promover e preservar sua existência. O mesmo acontece quando a vida de alguém tem importância para o outro¹⁸.

O autocuidado se refere à prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Incide na realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, com o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano²².

Ao se cuidar, o indivíduo procura manter um bom estado físico mediante a combinação de ações que, quando periodicamente realizadas, levam à diminuição do risco para algumas doenças, além de elevar a disposição para desenvolver suas atividades²³.

Quanto ao cuidar de si, este pode ser entendido como uma atitude de ocupar-se de si, se conhecer; implica em uma reflexão acerca da própria existência, bem como a compreensão da sua relação com os outros e com mundo que o circunda^{24,25}. O cuidar de si não deve ser simplesmente uma obrigação; mas sim uma maneira de viver, da qual cada um deve se incumbir ao longo de sua vida²⁵. Dessa forma, cada pessoa precisa descobrir de que forma ela consegue cuidar de si, nos diversos lugares aonde se encontra.

Ademais, os pacientes, também, explicitaram que se percebem enquanto reflexo do cuidado, como visualizado a seguir:

O cuidado está representado em mim, porque eu estou precisando desse cuidado [...]. (PA9)

Essa foto aqui eu quis fazer para ter uma representação de como eu estou [...] porque é um momento que eu estou com essa doença, aí por isso eu preciso do cuidado. (PA3)

Desse modo, a visão que o indivíduo possui sobre si enquanto representação do cuidado é fundamental para se repensar a forma e a qualidade do cuidado prestado. Ao cuidar de alguém e ao cuidar de si, é necessário considerar os sentimentos, sensações, crenças e valores do ser cuidado¹⁰.

Por fim, quando se relaciona o cuidado de si com o cuidado do outro, poderão ser construídos, de forma compartilhada, projetos de cuidado orientados na direção de interesses comuns, contribuindo para a promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos.

O acompanhante familiar

Atualmente, o câncer vem se mostrando como uma das principais causas de mortalidade no mundo, merecendo especial atenção. Todavia, é uma doença com possibilidade de cura, cujo tratamento, por diversas vezes, requer a internação do sujeito em instituições hospitalares.

Nesse momento, é muito importante a presença de um ente querido, pois este proporciona segurança ao paciente, e isso favorece em sua recuperação. Assim, cada vez mais se tem reconhecido a relevância de um acompanhante junto paciente oncológico durante seu período de hospitalização²⁶. As falas dos pacientes reforçam o valor atribuído ao

acompanhante, o qual é tido como alguém que proporciona conforto e auxilia em sua recuperação:

Eu vejo o cuidado da minha esposa comigo. (PA3)

O cuidado está nela, na acompanhante, que cuida de mim. (PA8)

Porque minha filha é muito carinhosa comigo, muito dedicada, sempre me ajuda, é muito paciente. (PA10)

Como observado, o acompanhante é representado pela figura de um familiar. Nesse ensejo, a presença dos familiares durante a hospitalização do doente pode estar relacionada à maior dependência e apego aos entes queridos, gerada pela necessidade de ter, próximo de si, pessoas do convívio familiar que transmitam atenção e confiança^{26,27}. Ademais, a presença do acompanhante comprometido com o cuidado ao paciente possibilita uma melhor adesão e colaboração do sujeito ao tratamento.

Contudo, a permanência de familiares acompanhantes junto ao doente hospitalizado tem exigido transformações na prática da equipe de enfermagem. Deste modo, a equipe necessita adaptar-se a esta situação alterando atitudes, posturas, demonstrando receptividade frente à presença do acompanhante no cotidiano do cuidado²⁸.

Ao se descobrir no mundo hospitalar, o doente com câncer e o acompanhante passam a viver em uma realidade na qual a possibilidade da morte revela-se de forma inevitável e concreta, de modo que não almejam apenas o cuidado, mas anseiam também por manifestações de solicitude que contemplem seu ente querido e a si no ambiente hospitalar²⁹.

Assim, é mister que a equipe de enfermagem, também, se atente ao cuidado com o acompanhante, pois a doença e a hospitalização representam uma condição difícil na vida do ser humano, sendo necessário o apoio e a compreensão desse profissional. Mediante as entrevistas, observou-se que os profissionais relataram sua preocupação no cuidado ao acompanhante:

Eu cuido de todos os pacientes, né? Tanto dos pacientes como também dos familiares porque os familiares também necessitam de cuidados. (PE10)

Os pacientes sofrem, mas também os acompanhantes sofrem muito.[...] às vezes o acompanhante está precisando só de uma palavra de conforto, uma palavra bem dita, a palavra certa. (PE8)

As falas supracitadas corroboram com a premissa de que o cuidado de enfermagem não deve ser restrito apenas ao paciente, mas estender-se a seus acompanhantes, por meio de ações que visam a estimulá-los a permanecer ao lado do paciente, durante o tratamento e, assim, receber informações sobre o uso de medicações e cuidados a serem dispensados.

Além disso, o cuidado ao acompanhante deve contemplar uma comunicação eficaz com a equipe de enfermagem, sobretudo no que tange à veracidade das informações fornecidas pelo profissional. A equipe precisa estar vigilante para perceber as necessidades não apenas do paciente, mas também dos familiares que o acompanham durante sua permanência no hospital, pois ao atender as necessidades físicas, psíquicas e sociais do acompanhante, evita-se que estas sobrevenham ao paciente^{28,29}.

No entanto, a equipe de enfermagem tende, muitas vezes, quando o acompanhante está presente no ambiente hospitalar, a preocupar-se mais em mantê-lo obediente às normas e rotinas da instituição, esperando que cumpra com suas obrigações de cuidar e não interfira nas atividades da enfermagem. Contudo, compete ao enfermeiro assegurar o direito da presença do acompanhante junto ao paciente incentivando a sua participação no processo de cuidar, quando esta é desejada pelo doente²⁸.

Nesse sentido, apreende-se que o cuidado com os acompanhantes vai além do aspecto biológico e devem ser somadas às esferas psicológicas, práticas sociais, emocionais, de informação e espirituais, para assim proporcionar a esses e aos pacientes um cuidar holístico, integral, autêntico e eficaz²⁸.

Além disso, o acompanhante familiar é um importante aliado no cuidado ao paciente oncológico no domicílio, pois auxilia a equipe de saúde na detecção de problemas e necessidades que venham a surgir em cada etapa do tratamento e/ou progressão da doença. Nesse sentido, os profissionais devem incluir a família no seu plano de cuidados no domicílio, esclarecendo suas dúvidas e proporcionando segurança para assumir o papel de cuidador³⁰.

Ademais, é essencial que o profissional de saúde conheça as vivências e experiências do acompanhante familiar, levando-se em conta que, no contexto domiciliar, a presença e atuação qualificada desse sujeito é condição fundamental para a implementação de um cuidado efetivo³⁰.

Cuidador voluntário

A vivência de um câncer é uma das experiências mais desestruturantes para o sujeito e sua família, pois dificilmente outra doença induz a tantos sentimentos em qualquer um de seus estágios. Os procedimentos, rotinas e condutas terapêuticas, embora existam para promover e

restabelecer o bem-estar do paciente são percebidos como ameaçadores, agressivos e invasivos, aumentando as sensações de impotência, vulnerabilidade e fragilidade. Dessa forma, a pessoa que vivencia uma neoplasia maligna passa pela experiência de ser cuidada pelos profissionais de saúde e familiares³.

Contudo, após a superação da doença, algumas pessoas retomam o sentido da vida ao dedicar-se àqueles que, no momento, enfrentam as mesmas vicissitudes outrora vivenciadas. Assim, destacam-se os chamados “voluntários”, que no contexto pesquisado, consistem em sujeitos que, após o tratamento e cura do câncer, dedicam-se a ajudar e cuidar de pacientes oncológicos. Esse cuidador foi referido pelos entrevistados, ressaltando-se que experiência vivida por eles foi a causa primeira para a prestação do cuidado voluntário:

[...] são pessoas que já tiveram o câncer, e são voluntárias do hospital. Elas vêm para deixar café, biscoito, bolo, pão, chá, [...]. (PA1)

[...] eu achei importante o trabalho delas, depois de tanto tempo que fizeram cirurgia do câncer vieram ser voluntárias e ajudar as pessoas que tem o mesmo problema que elas. (PA1)

Porque elas gostam de ajudar as pessoas, mesmo depois do problema que elas passaram. Aí eu fiquei pensando, contente né, que não é todo mundo que se trata do câncer e faz isso. (PA1)

As falas denotam que, o compartilhamento da experiência vivida pelo outro propicia uma aproximação entre o sujeito cuidado e o cuidador voluntário no contexto da internação hospitalar.

O cuidado prestado pelo cuidador voluntário é revestido de sentimentos e emoções, tendo em vista que este conhece os efeitos psicossociais do câncer, compreendendo que a experiência dessa doença é ampla e envolve diferentes momentos com significados distintos e implicações na vida diária e nas relações entre o paciente e as pessoas do seu contexto social⁴.

Ademais, a presença do cuidador voluntário faz com que o paciente sinta-se confiante e fortalecido a não desistir, aceitando as regras e condições impostas pelo tratamento, por acreditar que dessa forma também alcançará a cura.

Conclusão

O presente estudo colocou em tela a visão dos profissionais de enfermagem e dos pacientes sobre os atores envolvidos no cuidado, demonstrando a dinamicidade entre os papéis de cuidador e ser cuidado.

Foram reconhecidas as figuras do profissional de saúde, tais como a equipe de enfermagem, os médicos, os psicólogos, os nutricionais, bem como dos auxiliares de cozinha e de limpeza; além do acompanhante, do próprio indivíduo enquanto responsável pelo seu cuidado e do cuidador voluntário. Dessa forma, foi ressaltada a importância de todos esses no cuidado. Contudo, as falas apontaram que a depender das relações estabelecidas entre os sujeitos, o cuidador pode, também, assumir a posição de ser cuidado, tendo em vista que os indivíduos interagem uns com os outros e as atividades exercidas por eles ocorrem em respostas ao outro.

Os profissionais de saúde e o acompanhante ao mesmo tempo em que foram visualizados como cuidadores, foram reconhecidos como atores que necessitam de cuidado para exercerem seus papéis de forma satisfatória.

Além desses, foi ressaltada a presença do voluntário enquanto cuidador que possui em comum com o ser cuidado a experiência do câncer. Essa experiência demonstrou-se muito significativa para o paciente, contribuindo para o surgimento e reafirmação de sentimentos de esperança e superação da doença.

Quanto ao próprio indivíduo, este se reconheceu, como responsável pelo seu cuidado, ressaltando que o cuidado de si deve ser incorporado em seu estilo de vida.

Nesse ensejo, apreende-se que para efetivação do cuidado se faz necessário à interação entre os sujeitos. Assim, para cuidar, os indivíduos mantêm um relacionamento interpessoal com os membros da própria equipe; com os pacientes, com os acompanhantes e demais pessoas envolvidas. Esta interação ocorre também em direção a si mesma, num processo auto-interativo que é realizado sempre que elas mantêm contato com o mundo ao seu redor.

Portanto, a compreensão de quem são os atores envolvidos no cuidado pode auxiliar no entendimento dos sentimentos, comportamentos e percepções que se misturam no momento do cuidar, contribuindo para a reflexão enquanto algo dinâmico que precisa, constantemente, ser estudado e entendido.

Referências

1. Waldow VR, Borges RF. [O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade]. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2014 ago 25]; 16(4): [aprox. 08 telas]. Available from: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFj>

- AA&url=httht%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frlae%2Farticle%2Fdownload%2F17002%2F18948&ei=xUcXVOxUcXVOvwCeTAigKC&usg=AFQjCNHzkgzbZ-mjC0drESIdALZyzSf65g&sig2=Dkk3yd0wGnjyS6zh7yIesA. Portuguese.
2. Corbani NMS, Brêtas MCP, Matheus MCC. [Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?] *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2009 [cited 2014 set 09]; 62(3): 349-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Portuguese.
 3. Medeiros LHL. O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico. Cuiabá (MT), 2010. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso.
 4. Soares RJO, Zeitoune RCG. [O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem]. *R. pesq.: cuid. fundam. online* [Internet]. 2012 [cited 2014 set 09]; (Ed. Supl.):41-4. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1667>. Portuguese.
 5. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. [Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado]. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2009 [cited 2014 set 09]; 22(3):323-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. Portuguese.
 6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
 7. Bassalo LMB, Weller W. [Imagem Fotográfica: registros de visões de mundo]. XV Congresso Brasileiro de Sociologia [Internet]. 2011[cited 2014 set 04]. Available from: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=IMAGEM+FOTOGRAFICA%3A+registros+de+vis%C3%B5es+de+mundo+&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sbsociologia.com.br%2Fportal%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2135%26Itemid%3D171&ei=4exqUfLGF8Px0wGV84DwCw&usg=AFQjCNH3-iUehr-OjM_IaW4tXxXYmjWXiw>. Portuguese.
 8. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2014.
 10. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radunz V, Santos EKA et al. [Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem]. *Rev. Esc. Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2014 jun 15]; 43(3): 697-703. Available from: www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf. Portuguese.
 11. Ewald F, Danielski KD. [Cuidado de enfermagem diante do diagnóstico de câncer de Mama]. *RIES* [Internet]. 2013 [cited 2014 set 09]; 2(1):58-78. Available from: <http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/100>. Portuguese.
 12. Alves VS, Santos TS, Trezza MCSF, Santos RM, Monteiro FS. [Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica]. *Rev. bras. cancerol.* [Internet]. 2011 [cited 2014 set 09]; 57(2):199-206. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/07_artigo_conhecimento_profissionais_enfermagem_fatores_agravam_aliviam_dor_oncol%C3%B3gica.pdf. Portuguese.

13. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. [Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 set 09]; 62(4): 627-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/23.pdf>. Portuguese.
14. Guimarães CA. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Campinas (SP), 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
15. Fontana RT. [Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão]. *Rev. Rene* [Internet]. 2010 [cited 2014 set 09]; 11(1): 200-7. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364>. Portuguese.
16. Paes MR, Maftum MA, Mantovani MF. [Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar]. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2014 set 09]; 31(2):277-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/11.pdf>. Portuguese.
17. Silva EMF, Lacava S. [Reflexão sobre o cuidado de enfermagem e sua aproximação com a prática social]. *Rev Enferm UNISA* [Internet]. 2010 [cited 2014 set 09]; 11(1): 53-6. Available from: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-1-09.pdf>. Portuguese.
18. Santos VEP, Radünz, V. [O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem]. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(1):46-51.
19. Soares RJO, Zeitoune RCG, Lisboa MTL, Mauro MYC. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4): 758-65.
20. Santos VEP, Schumacher B, Vieira B, Barros AG. Cuidado ao cuidador: sensibilizando para práticas de cuidar de si. *R. pesq.: cuid. fundam. online* [Internet]. 2011 [cited 2014 set 09]; 3(3):2269-76. Available from: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.unirio.br%2Findex.php%2Fcuidadofundamental%2Farticle%2Fdownload%2F1475%2F1389&ei=hU4XVJ_FBbfsAS-z4KoCg&usg=AFQjCNFUUYtwEzhWzCZ88ZsxCVlcNV4oZg&sig2=9GE9cEoPiWBjKITbDVLX3Q. Portuguese.
21. Salci MA, Marcon SS. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2014 out 20]; 31(1):18-25. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9327/8434>. Portuguese.
22. Oliveira DLLC. [Nursing and its reliance on self-care: emancipatory investments or practices of submission]. *REBEn* [Internet]. 2011 [cited 2014 set 09]; 64(1):185-8. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/30561>. Portuguese.
23. Soares RJO. Atitudes e Práticas do Docente de Enfermagem sobre o Cuidar de Si, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, 2008. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
24. Silva AA, Terra MG, Motta MGC, Leite MT, Padoin SMM. [Enfermagem e cuidado de si: percepção de si como corpo existencial no mundo]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2014 set 09]; 21(3):366-70. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a15.pdf>. Portuguese.

25. Castro FCG, Viana TC, Bara O. [O "cuidado de si" em Platão e em Balzac: algumas páginas da história da subjetividade]. *Rev Mal-Estar Subj [Internet]*. 2010 [cited 2014 set 09]; 4(1):1271-300. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/10.pdf>. Portuguese.
26. Cardozo FMC. A importância da família aos pacientes oncológicos ao enfrentar a doença e os tratamentos. São José do Rio Preto (SP), 2010. 55f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Candido Mendes.
27. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):736-42.
28. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):715-22.
29. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009; 8(3):378-84.
30. Brondani CM, Beuter M. [A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar]. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2009 [cited 2014 dez 13]; 30(2): 206-13. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7435/6677>. Portuguese.

4.3 Manuscrito 3: Cuidar em oncologia: subsídios para o cuidado de enfermagem

CUIDAR EM ONCOLOGIA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

RESUMO

Objetivou-se descrever os elementos essenciais do processo de cuidar em oncologia. Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um centro de tratamento oncológico, localizado em Natal, RN, Brasil. Os dados foram coletados entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, por meio de registros fotográficos e entrevista projetiva, com dez profissionais de enfermagem, e analisados com base na Análise de Conteúdo. Nesse ensejo, emergiram três categorias de discussão: O cuidado no gerenciamento de enfermagem; Registros de enfermagem como forma de cuidado; Humanização do cuidado, com duas subcategorias: Atendimento ao ser cuidado em suas necessidades e A ambiência no cuidado. Nesse sentido, os elementos destacados constituem subsídios para que o profissional possa exercer um cuidado humanizado, integral e de qualidade, voltado às necessidades do paciente oncológico e que valorize as relações estabelecidas entre ele, o ser cuidado e o meio.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Oncologia; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

This study aimed to describe the essential elements of the oncological care process. Descriptive exploratory study with a qualitative approach, performed in a cancer treatment center located in Natal, RN, Brazil. Data were collected between the months of August 2013 and February 2014, using photographic records, and projective interviews with ten nurses, and analyzed based on content analysis. In this occasion, three categories emerged from the discussion: The care in nursing management; Nursing records as a form of care; Humanization of care, with two subcategories: Care needs to be careful and Ambience care. In this sense, the highlighted elements constitute subsidies to enable the professional to

exercise a humane, comprehensive and quality care, geared to the needs of cancer patients and enhances the relationships established between him, take care and be the means.

Descriptors: *Nursing Care; Medical Oncology; Oncology Nursing.*

Title: *CARE IN ONCOLOGY: GRANTS FOR NURSING CARE*

RESUMEN

El objetivo fue describir los elementos esenciales del proceso de atención oncológica. Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en un centro de tratamiento contra el cáncer, en Natal, RN, Brasil. Los datos fueron recogidos entre los meses de agosto 2013 y febrero de 2014, el uso de los registros fotográficos y entrevistas proyectivas con diez enfermeras, y analizados basan en el Análisis de Contenido. En esta ocasión, tres categorías surgieron de la discusión: El cuidado en la gestión de enfermería; Los registros de enfermería como una forma de cuidado; Humanización de la atención, con dos subcategorías: El cuidado necesita ser cuidado y atención Ambiente. Los elementos resaltados constituyen subvenciones para que el profesional para ejercer una atención integral y de calidad humana, orientada a las necesidades de los pacientes de cáncer y mejora las relaciones que se establecen entre él, cuidar y ser los medios.

Descritores: *Atención de Enfermería; Oncología Médica; Enfermería Oncológica.*

Título: *CUIDADOS EN ONCOLOGÍA: BECAS PARA CUIDADOS DE ENFERMERÍA*

INTRODUÇÃO

O cuidado é uma característica do ser humano, sendo através dele que a vida continua e se desenvolve. Dessa forma, pode ser entendido como parte integrante do processo de viver, promovendo o encontro entre os sujeitos⁽¹⁾.

Nesse ensejo, também, se constitui em um modo de relacionamento entre os seres e o mundo que os cerca, assumindo gradativamente formas e expressões que se sofisticam a medida que os indivíduos se desenvolvem⁽²⁾.

Ademais, o cuidado humano torna-se imprescindível em diversas situações, tais como: na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no transcorrer de enfermidades e seus agravos, nas incapacidades e na morte, ou seja, no processo de nascer, viver e morrer. Portanto, a capacidade de cuidar, vislumbrando o ser humano em sua totalidade, se aprimora com as experiências do mundo vivido, constituindo-se em seu existir⁽³⁾.

Concernente ao cuidado de enfermagem, no ambiente de tratamento oncológico entende-se que sua ação deve ultrapassar a realização de procedimentos técnicos, buscando, na sua prática, os encontros de cuidado através da presença genuína, que pressupõe intersubjetividade, ou seja, interação entre os atores envolvidos, em que estes se identificam com seres humanos e possibilitam a auto-afirmação das suas identidades⁽⁴⁾.

Não obstante, ao cuidar do paciente com neoplasia maligna, o profissional de enfermagem precisa se apropriar do humano e buscar compreender a multidimensionalidade dessa experiência, ajudando as pessoas a encaminhar suas vidas com maior autonomia e menor sofrimento nesta condição⁽⁵⁾.

Nesse sentido, o cuidado requer comportamentos e ações empreendidos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de enfrentamento do câncer⁽⁴⁾. Logo, partindo-se da premissa de que o profissional de enfermagem necessita de subsídios que o auxiliem nessa prática, permitindo-o ir além do cuidado mecanicista, valorizando os aspectos qualitativos desse complexo fenômeno que é o cuidado humano, emergiu o seguinte questionamento: quais elementos o profissional de enfermagem compreende como necessários para o processo de cuidar do paciente oncológico?

Assim, este estudo teve como objetivo: descrever os elementos essenciais no processo de cuidar em oncologia.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Considerando que o processo de cuidar encontra-se permeado pelas significações, representações e vivências de cada sujeito, elegeu-se a referida abordagem por entender que proporcionaria uma melhor captação e compreensão dos aspectos subjetivos que se fariam presentes.

O estudo foi realizado em um Hospital, localizado em Natal/RN/Brasil, vinculado à Liga Norte Riograndense contra o câncer, que oferta atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em várias especialidades oncológicas.

Participaram dessa pesquisa três (03) enfermeiras e sete (07) técnicas de enfermagem. Estes atores atuavam na clínica cirúrgica do hospital em questão, cujo setor foi escolhido após visitas prévias à instituição, e análise do ritmo de trabalho, o acesso e a disponibilidade dos profissionais para participação no estudo.

Foram elencados como critérios de inclusão para participação no estudo: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital, estar inserido na escala de profissionais de enfermagem do hospital no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão consistiram em: profissionais que estivessem de férias e/ ou licença no período da coleta de dados.

A seleção dos atores sociais incluídos no estudo ocorreu por conveniência, conforme a disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa. Dessa forma, foram convidados todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor e os pacientes que apresentavam

condições clínicas favoráveis. O número de participantes ocorreu pela saturação das informações dos depoimentos.

Referente à coleta de dados, esta foi efetuada entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014. As técnicas utilizadas foram o registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem de objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado” e a entrevista projetiva, orientada por perguntas norteadoras e pelas fotografias. Desse modo, os participantes permaneceram com a câmera fotográfica durante um turno e, ao final desse período, as imagens captadas foram reproduzidas no computador para que, assim, fosse realizada a entrevista.

Para apreensão e registro das informações, foi utilizado um aparelho gravador durante as entrevistas, mediante consentimento do depoente, e permissão para sua transcrição na íntegra. A análise e interpretação das informações foram realizadas com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin⁽⁷⁾.

Salienta-se que este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico”, cujo projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense contra o Câncer com CAAE 16104313.0.0000.5293, em concordância com a Resolução 196/96, revisada pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

Com o intuito de assegurar o anonimato dos participantes do estudo, os entrevistados foram identificados pela sigla PE (Profissional de Enfermagem) seguida por um número arábico (PE1, PE2, PE3,..), de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura e análise do material coletado, emergiram três categorias: O cuidado no gerenciamento de enfermagem; Registros de enfermagem como forma de cuidado; Humanização do cuidado, com duas subcategorias: Atendimento ao ser cuidado em suas necessidades e A ambiência no cuidado; as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

O cuidado no gerenciamento de Enfermagem

O processo de trabalho da Enfermagem, desde a sua instituição como profissão, é constituído por três dimensões, o cuidar, o gerenciar e o educar, os quais não devem ser pensados como esferas desarticuladas, pois a atuação do enfermeiro na prática é resultante da articulação desses elementos, caracterizando a práxis desse profissional e se desvelando em ações expressivas e instrumentais de cuidado direto e indireto ao paciente⁽⁸⁾.

Dessa forma, o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da consecução de melhorias do cuidado⁽⁹⁾.

Para os profissionais de enfermagem que participaram do estudo, o gerenciamento consiste em uma atividade burocrática que visa organizar e acompanhar o processo de trabalho, contribuindo com a prestação do cuidado, como explicitado nas falas a seguir:

Tem que existir essa parte da burocracia, para solucionar nossos problemas. É a praticidade de naquela hora estar tudo organizado nos seus lugares. [...]. Serve para agilizar o nosso trabalho. (PE3)

Porque é algo (o acompanhamento do paciente) que faz parte do dia-a-dia, diria até que faz parte da rotina mesmo e do gerenciamento. (PE4)

Mediante o exposto, cabe salientar que, no gerenciamento, o objetivo é a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, cujos meios e instrumentos são os diferentes saberes administrativos, além das ferramentas técnicas da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/permanente, supervisão,

avaliação de desempenho, os quais são empregados com a finalidade de criar e implementar condições adequadas ao cuidado seguro e ao desempenho eficaz da equipe de enfermagem⁽⁹⁾.

Diante de um contexto com as especificidades apresentadas pelos serviços de tratamento oncológico, o gerenciamento de enfermagem torna-se imprescindível, pois contribui para um cuidado mais eficiente, proporcionando melhores condições para a equipe atuar no atendimento às necessidades do paciente, além de conciliar os objetivos organizacionais e os da equipe de enfermagem em prol de um cuidado integral e com maior qualidade⁽¹⁰⁾.

No entanto, é importante enfatizar que, o gerenciamento exercido pelo enfermeiro não deve ser fundamentado apenas em exigências burocráticas e formais da organização, distanciando-se do cuidado de enfermagem propriamente dito. Essa concepção foi abordada na fala de um dos profissionais, em que esses colocam a necessidade de articulação entre as dimensões gerencial, assistencial e de pesquisa.

A gente faz o cuidado na hora que está gerenciando, a gente faz o cuidado na assistência, a gente faz o cuidado na hora em que está estudando, pesquisando, [...]. Eu acho que a somatória disso tudo é um bom cuidado. (PE4)

Desse modo, foi expresso que a gerência e a assistência são atividades que se complementam na efetivação do cuidado, os quais, também, devem estar atrelados ao saber científico.

Nessa perspectiva, o gerenciamento realizado com base apenas em práticas burocráticas demandadas pela organização hospitalar limita-se à preocupação com a estrutura funcional da unidade, distanciando-se da administração com foco no cuidado⁽⁸⁾.

Assim, torna-se necessário a imbricação entre cuidar e gerenciar, caracterizando ações expressivas e instrumentais da administração do cuidado que envolvem a práxis da enfermeira.

Observou-se, ainda, a figura da enfermeira enquanto supervisora da equipe de enfermagem, contribuindo para um cuidado seguro e de qualidade, como observado na seguinte fala:

O cuidado está na enfermeira, porque é ela quem checa tudo, orienta, manda, como por exemplo, a paciente que estava com pressão alta e foi informado a ela e ela deu autorização para fazer a medicação. (PE6)

A fala citada remete à utilização da supervisão como um instrumento do processo de trabalho gerencial da enfermagem. Nesse ensejo, o termo instrumento pode ser entendido como os meios capazes de obter um resultado em qualquer campo da atividade humana, prático ou teórico. Logo, para realizar as ações administrativas do cuidado de enfermagem, a enfermeira incorpora instrumentos, tais como: coordenação, supervisão, comunicação, observação e delegação^(9,10).

No que tange a supervisão, esta deve ser compreendida como responsável por promover a reflexão e discussão sobre a execução da prática com base no acompanhamento do cotidiano do trabalho⁽⁸⁾.

Portanto, a enfermeira avalia as necessidades do paciente, planeja e supervisiona os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, demonstrando a sua responsabilidade na condução do cuidado direto ao paciente, bem como no gerenciamento como parte integrante do seu processo de trabalho.

Registros de enfermagem como forma de cuidado

Na enfermagem, o registro consiste na forma escrita de informações pertinentes ao paciente, aos cuidados e aos seus resultados, sendo um meio pelo qual a equipe pode garantir uma qualidade da assistência, possibilitando a prevenção de eventos adversos e até mesmo sindicâncias e perícias podendo amparar juridicamente o profissional como também a instituição⁽¹¹⁾.

Além disso, permitem a identificação de alterações no estado de saúde do paciente, tornando possível avaliar seu progresso e respostas frente às intervenções instituídas⁽¹²⁾. Assim, os registros de enfermagem consistem em um fator essencial para o cuidado, sendo tal fato expresso na fala dos entrevistados, como observado a seguir:

Porque isso é um cuidado principal para gente do técnico, que é a questão da anotação de enfermagem. (PE6)

A evolução do paciente para mim é essencial, porque é lá que a gente vai saber a patologia do paciente para poder cuidar dele melhor [...]. (PE3)

Percebe-se que os depoentes reconhecem a importância da realização dos registros para o cuidado ofertado. Todavia, cabe salientar que alguns profissionais de enfermagem ainda utilizam como sinônimos os termos anotação e evolução, sendo pertinente o esclarecimento quanto a essas formas distintas de registros.

As anotações podem ser feitas por toda equipe de enfermagem, logo após a execução da assistência ou observação de um fato ocorrido. Pressupõe-se que deve ser registrado exatamente aquilo que se executa ou observa, sem avaliação, análise ou interpretação dos dados^(13,14).

A evolução, por sua vez, é uma das etapas que compõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), privativamente atribuída ao enfermeiro. Consiste na realização do registro após a avaliação geral do paciente, análise reflexiva dos cuidados implementados e das repostas do indivíduo frente às intervenções instituídas, a cada 24 horas na unidade de internação, norteador o planejamento das condutas de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Nesse ensejo, tanto as anotações quanto as evoluções de enfermagem, são maneiras de assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações, bem como o planejamento ou revisão dos cuidados e prescrições durante toda permanência do paciente no hospital.

Também, foi expresso pelos participantes da pesquisa o caráter informacional dos registros, sendo um dos meios pelos quais os profissionais envolvidos no cuidado obtêm informações sobre os problemas de saúde identificados, ações e resultados dos cuidados prestados, como observado na fala a seguir:

[...] se o médico ler direito ele vai ver se o antibiótico está fazendo efeito ou se precisa trocar, vai ver se o carvão ativado sozinho está fazendo efeito, o que pode ser melhorado. (PE1)

Nessa perspectiva, os registros de enfermagem são elementos essenciais na documentação do cuidado humano e científico, pois possibilitam o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre todos os profissionais que participam no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem, bem como para a continuidade do cuidar⁽¹²⁾.

Portanto, os registros de enfermagem são um importante subsídio para o processo de cuidar. Assim, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário, os quais devem ser efetuados de maneira concisa e completa.

Humanização do cuidado

Nessa categoria discutem-se os aspectos relevantes para o cuidado humanizado enfatizado pelos profissionais de enfermagem que auxiliam no processo de cuidar em oncologia. Dessa forma, emergiram duas subcategorias, conforme discutidas a seguir:

Atendimento ao ser cuidado em suas necessidades

O profissional de enfermagem como cuidador, precisa ir além da obrigação cotidiana, comprometendo-se com a profissão e compartilhando, com cada ser humano sob seus cuidados, a experiência vivenciada em todos os momentos e situações desse processo⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, a equipe de enfermagem deve estar atenta e assistir o ser humano em suas necessidades, especialmente, no que diz respeito ao paciente oncológico, tendo em vista que o câncer é permeado por representações e significados que tornam esse sujeito tão singular.

Assim, os participantes do estudo expressaram que o atendimento do ser em suas necessidades representa uma forma de estar junto ao outro, constituindo um aspecto relevante no cuidado, conforme observado nas seguintes falas:

É você sempre procurar responder àquelas necessidades dele. Procurar atendê-los naquilo que eles estão necessitando no momento. (PE3)

[...] é você olhar para alguém, não só olhar, mas também estar junto dessa pessoa tentando atender as suas necessidades. (PE5)

Mediante o exposto, apreende-se que a equipe de enfermagem deve manifestar atitudes que vão além de executar técnicas, conferindo ao cuidado seu caráter humanizado, tais como colocar-se no lugar do outro e perceber suas necessidades, tanto fisiológicas quanto emocionais e espirituais, dar ao outro conforto e segurança para que possa vivenciar a hospitalização de forma mais amena e tranquila^(15,16).

Frente ao paciente oncológico, o controle da dor consiste em uma necessidade que deve ser prontamente atendida, tendo em vista o sofrimento gerado pela sua ocorrência⁽⁵⁾. Dessa forma, pode-se perceber a preocupação dos depoentes em identificar a dor do paciente, buscando minimizá-la, como expresso nas referidas falas:

A paciente sentiu dor e nós conseguimos identificar isso e conseguimos auxiliar conforme o que ela estava necessitando na hora. (PE2)

Ela viu que a paciente estava sentindo dor e imediatamente foi lá aspirar a medicação para administrar. (PE8)

A dor oncológica é descrita como “dor total”, pois é uma síndrome em que, além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na gênese e na expressão da queixa. Nesse ensejo, atenção especial deve ser dada a esse fenômeno, pois da

sua presença, frequentemente resultam o sentimento de desesperança e sofrimento psíquico frente a esse desconforto, bem como repercussões nas esferas social, emocional e espiritual dos pacientes⁽¹⁷⁾. Portanto, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do paciente e dirigido, se possível, à causa desencadeante de dor.

Contudo, os profissionais demonstraram que além da preocupação com a dor, também, estavam atentos à necessidade de conforto apresentada pelo paciente no momento do cuidado, conforme denotam as seguintes falas:

[...] ela relatou que estava sentindo dor na lombar e eu estava fazendo a massagem de conforto. (PE2)

É aliviar a dor do paciente. [...] para que eles tenham um conforto maior [...]. (PE8)

Os pacientes sentem necessidade de conforto em situações estressantes, sejam elas biológicas, emocionais ou sociais. Por isso, o ato de confortar deve compreender mais do que a dimensão física do ser humano, envolvendo atitudes de compaixão e relacionamento entre o cuidador e o ser cuidado^(16,18).

Dessa maneira, o atendimento à necessidade de conforto consiste em um subsídio para o cuidado de enfermagem à medida que promove a proximidade física e afetiva, a comunicação e o compromisso entre os atores envolvidos no cuidar.

Outro fato expresso pelos profissionais de enfermagem foi à necessidade de considerar o paciente na sua singularidade, respeitando suas preferências, identificando suas necessidades e utilizando do diálogo tanto como meio de aproximação e interação com o ser cuidado, como visto nas falas a seguir:

Além do cuidado que a gente tem na rotina hospitalar, eu também tento conversar com os pacientes [...]. (PE2)

Perguntar se o paciente está sentindo dor, perguntar como ele está, isso são formas de demonstrar o amor e o cuidado com os pacientes, principalmente os pacientes oncológicos. (PE10)

Por vezes, durante o processo de adoecimento e hospitalização, a atenção da equipe de saúde dirige-se essencialmente para a doença e não para o sujeito doente. Assim, a individualidade de cada paciente é silenciada, não havendo espaço para um cuidado que reconheça seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, ou mesmo que garanta a participação desse como um indivíduo autônomo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, perceber e pensar sobre a sua condição⁽¹⁶⁾.

Desse modo, cuidar de forma humanizada requer respeitar o outro, ser atencioso, considerar a individualidade e subjetividade de cada um, e tratá-lo com deferência. Envolve um processo de relações estabelecidas entre o cuidador e ser cuidado, reconhecendo os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos⁽¹⁶⁾.

Portanto, o reconhecimento do paciente enquanto singular representa mais um subsídio para cuidado, pois proporciona uma visão única do ser, na qual são valorizadas as suas necessidades, sentimentos, emoções, crenças, valores e saberes, convergindo para uma prática de enfermagem mais humanizada.

A ambiência no cuidado

A ambiência constitui um dos componentes da Política Nacional de Humanização (PNH) e refere-se ao tratamento do espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, para proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem verso espaço⁽¹⁹⁾.

Nesse ensejo, pode-se perceber nas falas dos profissionais, que estes entendem o cuidado não apenas como ações realizadas diretamente com o paciente, mas também como um processo que inicia com a manutenção de um espaço limpo e seguro bem como, o zelo do

material utilizado, remetendo a uma nova reflexão acerca das responsabilidades enquanto profissional cuidador e do seu processo de trabalho, como expresso a seguir:

[...] é importante que se tenha um leito bem higienizado, que se tenha aquela higienização terminal quando ele sai de alta, e aquela parcial que é quando o paciente passa mais de quinze dias. (PE3)

Porque é o cuidado não só com o paciente, mas também com o material que nós temos e que vamos precisar para dispor a eles.[...] sempre estar limpando e organizando para quando for usar no paciente não ter o risco de contaminar ele. (PE6)

No delineamento do cuidado, os depoentes demonstraram que este, também, compreende a atenção aos recursos materiais e a conservação de um espaço físico limpo e seguro, estabelecendo elementos que configuram uma postura crítica e consciente frente ao paciente oncológico e suas peculiaridades.

Logo, compete à equipe de enfermagem, além das atribuições de cunho técnico e assistencial, atividades relativas à manutenção de um espaço de cuidado livre de riscos e acolhedor, tendo em vista a fragilidade emocional, física e imunológica, muitas vezes, apresentadas pelo paciente oncológico⁽¹⁶⁾.

Além disso, considerando a alta complexidade dos tipos de câncer, as manifestações e necessidades de cada indivíduo, o profissional que trabalha em ambiente de tratamento oncológico precisa dispor de organização para desempenhar um cuidado eficiente e eficaz. Assim, o espaço de cuidado deve servir como ferramenta de ajuda no processo de trabalho, contribuindo para o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo^(5,9).

Tal fato foi expresso pelos participantes do estudo, ao colocarem a organização do setor como um fator facilitador para o desempenho de suas atividades e acompanhamento dos pacientes em seu processo de tratamento:

A gente chega aqui, olha para o quadro e vê quem são os nossos pacientes. Porque se a gente não escrever no quadro, pode ser que a gente perca o controle daquilo [...].(PE3)

Porque é o cuidado não só com o paciente, mas também com o material que nós temos e que vamos precisar para dispor a eles.(PE6)

Nesse sentido, os profissionais evidenciaram que estão atentos à organização do ambiente de trabalho enquanto elemento essencial para o adequado exercício do processo de cuidar.

Dessa forma, o emprego de recursos, como um quadro informativo e disposição apropriada dos materiais, conforme transparecem nas falas, denotam que a maneira como se utiliza o espaço pode otimizar e contribuir com o cuidado desenvolvido.

Ademais, quando convenientemente aproveitado, o ambiente terapêutico cria uma atmosfera que facilita a manutenção do conforto, bem estar e a interação entre os profissionais, pacientes e familiares, pois proporciona o aconchego e o entrosamento entre estes. Portanto, um cuidado de qualidade está de certo modo, condicionado ao ambiente, o que torna este estruturante do cuidado, favorecendo as ações cuidadoras^(8,19).

Frente o exposto, ressalta-se que a ambiência e o cuidado estão entrelaçados, à medida que a estrutura utilizada oportuniza um ambiente terapêutico acolhedor e harmônico, que contribua para um cuidar com qualidade e promova o bem-estar dos sujeitos envolvidos.

CONCLUSÃO

Pode-se perceber que, de acordo com os profissionais de enfermagem, o cuidado ao paciente oncológico encontra subsídios nas ações de gerenciamento, na realização dos registros, e na humanização, caracterizado pelo atendimento das necessidades do paciente e ambiência.

Dessa forma, o gerenciamento foi reconhecido como fator imprescindível para a o cuidado seguro, organizando o processo de trabalho e permitindo o acompanhamento do paciente durante toda sua internação. Além disso, também, se destacou o caráter indissociável e complementar da tríade gerenciamento, cuidado e saber científico, refletindo a práxis da enfermagem.

Quanto aos registros, os profissionais ressaltaram que são de suma importância para o cuidado, uma vez que relatam que todas as ações da enfermagem, junto ao paciente, fornecem apoio para a assistência prestada e propiciam a comunicação entre a equipe de saúde, favorecendo, assim, a continuidade do processo de cuidar.

No que tange à humanização do cuidado, esta se apresentou por meio de duas vertentes. A primeira trata do atendimento do ser cuidado em suas necessidades, sejam elas fisiológicas, psicoemocionais e espirituais, representando uma maneira de estar junto ao outro, atendendo-o de maneira integral. Todavia, é notória a preocupação dada ao controle da dor oncológica, a qual é entendida pelos profissionais como uma necessidade que deve ser prontamente sanada. Em seguida, foi salientada a singularidade do ser cuidado, entendendo que cada paciente é ímpar, apresentando preferências e necessidades que precisam ser consideradas no momento do cuidado.

Por fim, a ambiência, enquanto fator componente do cuidado humanizado, foi expressa por meio da importância atribuída à disposição adequada do material utilizado, a manutenção de um espaço limpo e seguro, bem como a organização do ambiente como facilitadores para a execução do cuidado e acompanhamento dos pacientes em seu processo de tratamento.

Nesse sentido, os elementos aqui anunciados retratam a preocupação em se romper os limites de um agir profissional meramente técnico e impessoal. Portanto, os subsídios destacados podem contribuir para uma forma mais humanística e diferenciada de cuidar, devendo não somente ser valorizados no cuidado ao paciente oncológico, mas também em todas as instituições em que se façam presentes e necessários os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2014 out. 20]; 24(3):414-8,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>.
2. Waldow VR. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
3. Soares RJO, Zeitoune RCG. O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam. online.* 2012; (Ed. Supl.):41-4.
4. Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev. Rene* [Internet]. 2010 [citado 2014 out 20]; 11(1): 200-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364>.
5. Medeiros LHL. O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico. Cuiabá (MT), 2010. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2014.
8. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 2014 out 20]; 46(3):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028
9. Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2014 out 20]; 32(4):695-702. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19446>
10. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2014 out 20]; 18(2):258-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>
11. Taschetto BR. Glosas hospitalares: A influência dos registros de enfermagem. Novo Hamburgo (RS), 2010. 47 f. Monografia. Pós-graduação do Serviço de Saúde. Universidade Feevale.
12. Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2014 out 20]; 31(1):62-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009
13. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Anotações de Enfermagem. São Paulo. 2009.
14. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Redação das anotações e evoluções de enfermagem. São Paulo. 2010.

15. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Esc Anna Nery [Internet]. 2011[citado 2014 out 20]; 15 (2):306-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200013
16. Corbani NMS, Brêtas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [citado 2014 out 20]; 6(3):349-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003
17. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev Dor [Internet]. 2010 [citado 2014 out 20]; 11(1):74-80. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>
18. Kolcaba K. The Comfort Line [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 03]. 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007.

4.4 Manuscrito 4: Elementos do cuidado: percepções de pacientes oncológicos

Elementos do cuidado: percepções de pacientes oncológicos

Elements of care: perceptions of cancer patients

Los elementos de la atención: la percepción de los pacientes de câncer

Título abreviado: Elementos do cuidado: percepções de pacientes

Adriana Gonçalves de Barros^I, Viviane Euzébia Pereira Santos^{II}

^IMestranda em Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: adriana.goncalves38@yahoo.com.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com

* Este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Processo de cuidar de um centro de tratamento oncológico”.

Resumo

Objetivo: descrever quais os elementos de cuidado percebidos pelo paciente oncológico durante o seu tratamento hospitalar. **Método:** pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um Hospital, localizado em Natal/RN/Brasil, entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, com dez pacientes internados no setor de clínica cirúrgica. Foram utilizadas duas técnicas de coleta: fotografia e entrevista projetiva.

Resultados: destacaram-se três ações que os pacientes entenderam como relacionadas ao cuidado, a saber: Atitudes de carinho, atenção e solicitude como expressões do cuidado; Procedimentos como sinônimo de atitudes de cuidado; Atitudes de (dês)cuidado. **Conclusões:** os achados evidenciam que os pacientes percebem o cuidado mediante atitudes que expressam a preocupação e dedicação dos profissionais cuidadores, bem como na realização de técnicas e procedimentos. Todavia, a falta de estrutura física foi apontada como um (dês)cuidado, tendo em vista a sua influência direta no conforto e bem-estar do paciente.

Palavras chave: Atitude; Cuidados de Enfermagem; Oncologia.

Abstract

Objective: describe what care elements perceived by cancer patients during hospital treatment. **Methods:** exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed in a Hospital, located in Natal/ RN/Brazil, between the months of August 2013 and February 2014, with ten patients admitted to the surgical clinic sector. Photography and projective interview, two techniques were used. **Results:** highlights were three actions that patients understood as related to the care, namely: Attitudes of warmth, care and concern as expressions of care; Procedures as synonymous with attitudes of care; Attitudes of (dis) care. **Conclusions:** The findings suggest that patients perceive the care attitudes by expressing concern and dedication of caregivers, well as in performing techniques and procedures.

However, the lack of physical structure was identified as a (dis) care, with a view to their direct influence on the comfort and well-being of the patient.

Key words: Attitude; Nursing Care; Medical Oncology.

Resumen

Objetivos: describir cuáles elementos son percibidos por los pacientes de cáncer durante el tratamiento en el hospital. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en un Hospital en Natal/RN/Brasil, entre los meses de agosto 2013 y febrero de 2014, con diez pacientes ingresados en el sector de clínica quirúrgica. Se utilizaron dos técnicas: fotografía y entrevista proyectiva. **Resultados:** sobresalieron tres acciones que los pacientes entienden en relación con la atención: Actitudes de calidez, cuidado y preocupación como expresiones de la atención; Procedimientos como sinónimo de actitudes de cuidado; Actitudes de (des)cuidado. **Conclusiones:** los pacientes perciben las actitudes de atención en la expresión de preocupación y dedicación de los cuidadores, así como en la realización de técnicas y procedimientos. Sin embargo, la falta de estructura física fue identificada como (des) cuidado, con vistas a su influencia directa en la comodidad y el bienestar del paciente.

Palabras clave: Actitud; Atención de Enfermería; Oncología Médica.

Introdução

Apesar dos avanços da medicina em relação aos procedimentos realizados para o tratamento do câncer, o seu diagnóstico ainda se reveste de estigmas, estando quase sempre associado a uma sentença de morte¹.

Nesse sentido, essa doença, por vezes, tem sido vista como um processo irreversível e cheio de significados para o paciente, que se estabelecem a partir de vivências socioculturais, mitos, medos e incertezas formados desde o momento em que se dá a possibilidade, mesmo que remota, da sua ocorrência².

Ademais, por ser uma enfermidade permeada de incógnitas, causa previsões futuras as quais se constituem de uma infinidade de sofrimentos, idas e vindas aos hospitais, do desamparo que irão produzir a seus familiares, paralisação das atividades profissionais, podendo resultar em momentos de instabilidade emocional desencadeados pelo intenso impacto na rotina de vida^{1,3}.

No entanto, embora o processo de adoecimento por câncer e o sofrimento por esse causado trate de experiências individuais e singulares, é por meio do relacionamento com os outros que os sujeitos mobilizam o seu interior e conseguem expressar seus anseios, conduzindo-os ao reencontro com a sua identidade e autonomia³.

Nesse âmbito, para que o cuidado ao paciente oncológico seja considerado significativo e efetivo, é necessário não só o conhecimento da doença em si, mas, além disso, a habilidade em estabelecer vínculos, lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções.

Portanto, devem ser valorizados os aspectos subjetivos imbuídos nas concepções relativas ao câncer e adotar atitudes e posturas que visem um cuidado humanizado, que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos nesse processo⁴.

Dessa forma, entende-se que o câncer recebe um significado próprio para cada pessoa e que pode afetar as emoções de diversas maneiras, o cuidar do paciente oncológico não deve visar a cura, mas sim a busca por uma melhor qualidade de vida por meio de intervenções que considerem não somente aspectos biológicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais desses sujeitos^{3,5}.

Assim, considerando a complexidade dos aspectos que permeiam o cuidar em oncologia e a diversidade de maneiras pelas quais o cuidado pode se apresentar, elencou-se o seguinte questionamento de pesquisa: Como o paciente oncológico apreende o cuidado recebido durante seu tratamento hospitalar? E o seguinte objetivo de pesquisa: descrever quais os elementos do cuidado percebidos pelo paciente oncológico no seu processo de tratamento.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um Hospital, localizado em Natal/RN/Brasil, vinculado à Liga Norte Riograndense contra o câncer. A referida instituição oferta atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em várias especialidades oncológicas, constituindo-se em uma referência para o tratamento do câncer no estado do Rio Grande do Norte.

Os atores sociais da pesquisa foram dez (10) pacientes, internados no setor de clínica cirúrgica do estabelecimento supracitado. Previamente à realização da pesquisa, foram feitas visitas ao Hospital, com o intuito de conhecer o local e analisar qual setor proporcionaria melhores condições para aplicação das técnicas de coleta de dados, levando-se em consideração a rotina de cuidados, acesso e estado clínico dos pacientes. Dessa forma, foi escolhida a clínica cirúrgica por compreender os fatores que viabilizariam a pesquisa.

Quanto aos critérios de inclusão dos atores, elencaram-se: pacientes que possuíam suas capacidades cognitivas preservadas, que estavam internados e em qualquer fase do tratamento no hospital. Os critérios de exclusão foram: sujeitos que já haviam terminado o tratamento (remissão da doença) e internados para o tratamento de outras comorbidades, ou que tinham recebido alta do tratamento no momento da coleta de dados, além dos portadores de necessidades especiais como surdez, mudez e problemas psiquiátricos que interferissem na comunicação entrevistado-entrevistador ou outra condição que alterasse a cognição.

A seleção dos participantes incluídos na pesquisa ocorreu por conveniência, sendo convidados todos os profissionais os pacientes que apresentavam condições clínicas favoráveis para a execução das técnicas de coleta de dados. A escolha do número dos atores sociais se deu pela saturação das informações dos depoimentos.

O período de coleta de dados foi entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, utilizando-se o registro fotográfico, pelos pacientes, de objetos e/ou situações que os remetessem ao “cuidado” e, em seguida, entrevista projetiva, em que as imagens das fotos, produzida pelos pesquisados, eram projetadas no computador e se realizavam as seguintes questões norteadoras: Por que você fez essa fotografia? Por que essa cena representa cuidado para você? O que é cuidado para você?

É pertinente destacar que o uso da fotografia traz uma nova maneira de olhar, fixando um instante, permitindo a visibilidade sobre detalhes ou pequenos gestos que, de outro modo, poderiam ser imperceptíveis⁶. No que concerne a entrevista projetiva, esta técnica que possibilita utilizar imagens e documentos instigando o entrevistado a recordar acontecimentos passados e refletir sobre eles^{7,8}.

Foi utilizado um aparelho gravador durante as entrevistas, mediante consentimento do depoente, permitindo a sua transcrição na íntegra. A análise e interpretação das informações foram feitas com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin⁹.

Salienta-se que este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico”, cujo projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense contra o Câncer com CAAE 16104313.0.0000.5293, em concordância com a Resolução 196/96, revisada pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

Visando o anonimato dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, estes foram identificados pela sigla PA (Paciente) seguida por um número arábico definido por ordem cronológica de realização das entrevistas e (PA1, PA2, PA3,...).

Resultados e Discussão

Com a análise e interpretação dos dados destacaram-se três ações que os pacientes entenderam como relacionadas ao cuidado, a saber: Atitudes de carinho, atenção e solicitude como expressões do cuidado; Procedimentos como sinônimo de atitudes de cuidado; Atitudes de (dês)cuidado.

Atitudes de carinho, atenção e solicitude como expressões do cuidado

O cuidado em saúde é entendido como um ato singular cujo objetivo principal é o bem-estar dos atores envolvidos, sendo imperativo que o ser cuidado e o cuidador se encontrem em uma interação qualitativamente produtiva. Nesse ensejo, o cuidado não deve se restringir à realização de procedimentos técnicos, visto que a técnica impessoal e mecanicista pode conduzir ao distanciamento da pessoa cuidada^{10,11}.

Assim, precisa englobar o sentido de ser, pois se trata de uma relação entre sujeitos, sendo primordial a expressão de princípios humanísticos, entre os quais estão a manutenção do respeito, da dignidade e da responsabilidade entre as pessoas¹⁰.

Além disso, o desenvolvimento das ações de cuidado traz à tona, também, a questão da intersubjetividade, estabelecida no momento do cuidar que por vezes se manifesta em atos de empatia, entendidos como ação de se importar com o outro, estabelecendo vínculos solidários no decorrer do processo de cuidar^{11,12}.

Dessa forma, ao expressarem suas concepções sobre o cuidado, os pacientes denotaram que este é percebido e se desvela mediante atitudes de carinho, atenção e solicitude por parte dos profissionais cuidadores, como observado a seguir:

[...] quando eu não estou com fome elas ligam para o refeitório pedindo alguma coisa para eu tomar. Isso me faz sentir melhor. (PA1)

Procuram saber como a gente está. E com isso a gente sabe que elas estão envolvidas com a gente. (PA5)

Para mim, cuidado é você cuidar daquela pessoa com carinho [...]. (PA6)

Nota-se nas falas supracitadas que o cuidado se faz presente em gestos que transparecem a preocupação da equipe de enfermagem no que tange ao bem-estar e aos sentimentos experienciados pelo paciente durante a internação, tentando atendê-lo de forma cordial e solícita.

Portanto, cuidar em oncologia implica em conhecer não só sobre a doença, mas saber lidar com os sentimentos dos outros, estando pronto para dar apoio ao paciente e sua família perante a ocorrência de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais¹. Para isso, é preciso que o profissional de saúde olhe para as necessidades não ditas, muitas vezes expressas por olhares, sinais ou pequenas palavras, tendo em mente que o cuidado também é movido pela emoção.

Ademais, os pacientes oncológicos carecem de afeto e, o contato assíduo com a equipe de enfermagem propicia compartilhamento de sentimentos e emoções, podendo resultar em empatia. Essa proximidade é observada, geralmente, com pacientes em tratamento por longo

período, no entanto as atitudes dos profissionais que envolvem carinho, respeito e receptividade ocorrem independentes do tempo de tratamento.

Não obstante, os depoentes também relacionam o cuidado a atitudes que demonstram o respeito do profissional com o ser cuidado, desvelando-se através do respeito, tratamento digno e dedicação, como visualizado a seguir:

Cuidado é quando a pessoa toma conta da outra direito, atende as pessoas direito, não com ignorância, com respeito, tem que ter ética. (PA1)

Cuidado é sinônimo de dedicação [...]. (PA2)

Ao cuidar do paciente oncológico é preciso que o profissional o veja como um ser humano, com suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e culturais, encontrando-se fragilizado, portanto, merecendo mais respeito e atenção.

A atitude ética do profissional para com o paciente deve estar presente cada vez que ele reconhece seus clientes como pessoas iguais a ele, que precisam ser ouvidas e compreendidas para que exista a interação e, por conseguinte, o cuidado efetivo¹⁰.

Dessa forma, o cuidado exercido de forma ética e humanizada requer a predominância de sentimentos e atitudes voltadas para a dedicação e o amor verdadeiro ao próximo, pressupondo uma visão empática do ser cuidado.

Diante disso, a empatia pode ser vista não apenas como uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também como uma habilidade aprendida/desenvolvida que engloba o estabelecimento de vínculos cognitivo-afetivos entre duas ou mais pessoas, durante os quais alguém se permite, deliberadamente, sensibilizar-se e envolver-se com a condição do outro^{12,13}.

É pertinente ressaltar que o ser humano precisa de atenção, carinho e de se sentir estimado, e esta necessidade está presente também no momento da fragilidade, da dor e da doença.

Frente ao exposto, acredita-se que as interações que ocorrem entre os sujeitos são consideradas profícuas, quando componentes das relações interpessoais são valorizados, tais como o carinho, a atenção, o zelo, a solicitude e o respeito, tornando as ações de cuidado significativas tanto para o profissional quanto para o paciente.

Procedimentos como sinônimo de atitudes de cuidado

Devido a complexidade do câncer e a diversidade de tratamentos disponíveis para essa doença, a internação do paciente oncológico, muitas vezes, requer a realização de vários procedimentos, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos⁵.

Nesse sentido, as ações técnicas efetuadas precisam ser entendidas como necessárias e integrantes do cuidado ofertado, as quais não devem ser desvinculadas dos aspectos humanísticos do cuidar.

Dessa forma, os pacientes percebem que os procedimentos realizados no decorrer do seu tratamento fazem parte do processo de cuidar. Assim, as seguintes falas expressam que o cuidado recebido também está representado em ações como a administração de medicação ou realização de curativo, executados pela equipe de enfermagem:

*É o cuidado na medicação. Elas passam a medicação no tempo e na hora, [...].
(PA2)*

[...] ela já está com o material todo aí na mão para cuidar da paciente, ela está prontinha para fazer o curativo. O cuidado está no procedimento dela. (PA10)

A realização de técnicas e procedimentos constituem uma rotina no cuidado de enfermagem. Todavia, é pertinente salientar que estes são elementos complementares para o cuidar, pois o cuidado de enfermagem deve transcender a simples ação de assistir centrada no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significando, além disso, enxergar o ser cuidado como singular e que vivencia um difícil momento de sua vida¹⁴.

Assim, as habilidades técnicas compõem uma das competências do cuidado de enfermagem. No entanto, vale lembrar que realizar procedimentos no paciente é diferente de realizar procedimentos para e com o paciente, interagindo com o mesmo^{1,15}.

Dessa forma, o momento em que se efetua um procedimento deve ser encarado pelo profissional como uma oportunidade para expressar elementos que caracterizam o cuidado humanizado, tais como o respeito, a atenção, a solicitude e o zelo.

Não obstante, alguns pacientes referiram perceber o carinho, a atenção e o respeito do profissional de enfermagem durante a realização de algumas técnicas, como expresso nas falas a seguir:

[...] eles tratam direito, dá banho, a medicação, penteia o cabelo dela, dá o almoço dela, a janta. (PA1)

Quando eu não estou bem, ela vem e procura saber o que eu estou sentindo, ela traz o medicamento que é para eu tomar, vem verificar minha pressão. (PA5)

Frente a isso, o cuidado exercido pelo profissional de enfermagem precisa ir além da técnica, abarcando o envolvimento e a preocupação com os sujeitos como aspecto essencial.

Nesse sentido, considera-se que ao assistir o paciente, estando presente somente de corpo e não de mente e espírito, o profissional não realiza o cuidado, mas somente um determinado procedimento^{14,16}.

Assim, é preciso evitar o mecanicismo e a robotização das ações da equipe de enfermagem, tornando-as rotineiras e, muitas vezes rígidas e inflexíveis, convergindo para que o cuidado ao paciente seja impessoal, impositivo e fragmentado, dificultando o efetivo cuidado humanizado¹⁷.

Portanto, se reconhece que a técnica adequada e a realização de procedimentos são aspectos inerentes ao atendimento do paciente oncológico, porém, não devem estar desvinculados da essência humana. Destarte, a humanização deve constituir uma marca do

cuidado de enfermagem, sendo percebida e valorizada pelo paciente também na realização da técnica.

Atitudes de (dês)cuidado

O cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, lhe confere a condição de humanidade; relacional porque ocorre em relação com outro ser, se revela na co-existência com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre¹⁴.

Nesse ensejo, em relação ao aspecto contextual, atenção especial deve ser dada ao ambiente onde acontece o cuidado, tendo em vista que este deve propiciar uma atmosfera que facilite a manutenção do conforto, bem-estar e a interação entre os sujeitos que compartilham desse espaço.

Todavia, os pacientes entrevistados destacaram que a falta de estrutura-física do ambiente de tratamento em que se encontram caracteriza-se como (dês)cuidado, pois acarreta dificuldades que, em alguns casos, os impedem de realizar certas atividades de forma independente, como observado na seguinte fala:

Também é um descuidado em relação à estrutura. Porque isso traz dificuldades para gente que é paciente. Às vezes tem paciente que não tem muito movimento nas mãos para estar torcendo aquela torneira, uns podem, outros não podem, têm dificuldade. (PA7)

A infraestrutura constitui-se em um elemento primordial para a construção do cuidado humanizado, tendo em vista que, além de estarem fora de casa, os pacientes estão psicologicamente abalados, fisicamente abatidos e carentes do conforto que um ambiente com limitadas dimensões não oferece^{15,18}.

Nesse sentido, a manutenção de um espaço que apresente uma estrutura adequada e condizente com as limitações e necessidades do paciente oncológico pode contribuir para

minimizar o impacto provocado pela internação hospitalar, propiciando a criação de um ambiente menos hostil.

Ademais, é fundamental que tanto o paciente quanto seu acompanhante sejam acomodados de maneira adequada, sendo garantidas instalações e mobiliário que assegurem o conforto de ambos.

Os pacientes expressaram, ainda, em suas falas o (dês)cuidado representado na manutenção insipiente dos recursos materiais, denotando a preocupação com a falta de acomodações apropriadas para seu acompanhante que, em muitos casos, permanece junto ao seu ente querido durante todo processo de tratamento, como observado a seguir:

Porque é um desconforto, isso não é um cuidado. Porque não tem manutenção. Do mesmo jeito que está desconfortável para o meu acompanhante, fica para os outros também. (PA7)

Mediante o exposto, percebe-se que a falta de conforto para o acompanhante pode gerar angústia e insatisfação ao paciente. Por isso, é fundamental que o espaço de cuidado seja acolhedor e confortável não só ao paciente, mas também para aquele que o acompanha no seu processo de tratamento¹⁵. Portanto, a humanização do cuidado, também, deve se desvelar através do meio onde ocorre esta ação, o qual deve propiciar bem-estar, segurança e conforto para todos os sujeitos que nele se encontram.

Deste modo, o paciente pode se sentir confortável ou desconfortável, ter uma sensação de bem-estar ou de mal-estar, de aconchego ou de frieza, pois o ambiente físico nunca é neutro, emitindo todo o tempo mensagens que remetem ao cuidado ou (dês)cuidado¹⁸.

Assim, a manutenção do ambiente físico deve ser alvo de constante atenção, compreendendo que a partir dele podem resultar vivências e relações de cuidado mais satisfatórias e de qualidade.

Nesse sentido, um espaço físico adequado também exerce influência no acolhimento do paciente e seu acompanhante, e contribui para a melhoria na satisfação, aumento da adesão

ao tratamento, da confiança e do respeito entre os profissionais e usuários, além de um ambiente harmoniosamente organizado e seguro¹⁸.

Conclusão

O presente estudo evidenciou que os pacientes percebem os elementos do cuidado em atitudes empáticas e permeadas de significados, como o carinho, a atenção e a solicitude, bem como na execução da prática técnica. Contudo, representações de (dês)cuidado também foram expressas, as quais estavam atreladas à falta de estrutura física do meio onde estavam internados.

Nesse sentido, cabe salientar que o cuidado de enfermagem deve ser pensado e efetuado levando-se em consideração: as relações humanas, o vínculo e a empatia, no sentido de melhor conduzir as experiências vivenciadas pelo indivíduo em tratamento oncológico.

Ressalta-se, ainda, que a realização de procedimentos é um aspecto que faz parte do cuidado de enfermagem e que é considerado pelo paciente como uma constante em seu tratamento. Por isso, não devem ser executados de maneira meramente rotineira e mecanicista, mas sim de forma a propiciar um momento de interação e dedicação, em que o paciente se sinta, de fato, cuidado e respeitado.

Concernente ao espaço onde ocorre o cuidado, este também necessita ser repensado, uma vez que a falta de estrutura e manutenção desse ambiente configuram-se como forma de (dês)cuidado, exercendo influências desagradáveis no processo de cuidar do paciente oncológico.

Portanto, compreender em quais ações o paciente oncológico percebe o cuidado pode proporcionar reflexões acerca das atitudes e condutas expressas pelos profissionais de enfermagem no momento de cuidar, instigando-os a repensarem sobre suas práticas e de que forma podem exercer um cuidado humanizado, de qualidade e significativo para o paciente.

Referências

1. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm* [on line]. 2009 [acesso em 2014 nov 04]; 18(1): 41-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>
2. Medeiros LHL. O significado das experiências do adoecimento por câncer: um estudo biográfico [Dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem; 2010.
3. Araujo JA, Leitão EMP. O cuidador do paciente em cuidados paliativos: sobre carga e desafios. *Revista HUPE* [on line]. 2012 [acesso em 2014 nov 04]; 11(2): [aprox. 5 telas]. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=330
4. Melo TM, Rodrigues IG, Schmidt DRC. Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Rev. bras. cancerol.* [on line]. 2009 [acesso em 2014 nov 05]; 55(4): 365-74. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/365_artigo6.pdf
5. Figueiredo NMA, Leite JL, Machado WCA, Moreira MC, Tonini T. *Enfermagem oncológica: conceitos e práticas*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.
6. Reus LH, Tittoni J. A visibilidade do trabalho de enfermagem no centro cirúrgico por meio da fotografia. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* [on line]. 2012 [acesso em 2014 nov 05]; 16(41):485-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop3212>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Andrade MM. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 10 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2014.
10. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. enferm. UERJ* [on line]. 2012 [acesso em 2014 nov 05]; 20(1):124-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf>
11. Moraes FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NRS, Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de collière. *Rev. enferm. UERJ* [on line]. 2011 [acesso em 2014 nov 05]; 19(2):305-10. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>
12. Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicol cienc prof.* [on line]. 2009 [acesso em 2014 nov 05]; 29(2):212-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a02.pdf>
13. Waal F. *A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. Tradução Rejane Rubino. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

14. Waldow VR. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis(RJ): Vozes; 2011.
15. Barros SDOL, Queiroz JC, Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. Rev. enferm. UERJ [on line]. 2010 [acesso em 2014 nov 05]; 8(4):598-603. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>
16. Muniz RM, Zago MMF. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. Cienc Cuid Saude [on line]. 2009 [acesso em 2014 nov 05]; 8(suplem.):23-30. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9714>
17. Alves FG. Percepção do enfermeiro sobre a importância e aplicabilidade do cuidado humanizado em UTI. Revista Recien [on line]. 2011 [acesso em 2014 nov 05]; 1(1):20-4. Disponível em: <http://www.recien.com.br/revistaonline/index.php/recien/article/view/20>
18. Fernandes LD, Gottens LBD. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do distrito federal. Rev. Eletrônica Gest. Saúde [on line]. 2013 [acesso em 2014 nov 05]; 4(2):38-52. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/416>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que o processo de cuidar, tanto sob a ótica do profissional de enfermagem quanto dos pacientes oncológicos, ocorre de forma complexa, permeado por significações e representações de cuidado, envolvendo diversos sujeitos e elementos essenciais que possibilitem o cuidar.

Nessa perspectiva, partindo das visões dos profissionais, constatou-se que o cuidado é percebido de formas distintas, as quais se refletem na sua prática diária. Dessa forma, foram identificados tipos de cuidado atrelados à integralidade e acolhimento, demonstrando a preocupação do cuidador em atender o ser cuidado de maneira holística, com ênfase para os aspectos que perpassam pela subjetividade dos seres, abrangendo as dimensões biológica, psicoemocional, social e espiritual.

O cuidado multiprofissional também foi ressaltado, demonstrando que o cuidar não deve ser realizado de forma isolada, fazendo-se necessária a sua articulação com saberes e percepções de todos os trabalhadores envolvidos, em especial os da enfermagem. Portanto, surge a possibilidade de ampliar as perspectivas dos profissionais, através do trabalho multidisciplinar em que se disponibiliza o agir comunicativo e integrado em favor de um cuidado adequado e resolutivo.

Todavia, em contraponto ao exposto, emergiram visões de um cuidado técnico, com foco na realização de procedimentos e atendimento de prescrições. Esse fato remete à reflexão de que o ato de cuidar não deve se restringir à prática técnica, pois esta constitui apenas um dos fatores que integram o cuidado de enfermagem. Assim, o cuidado precisa ser pensado como a expressão da própria humanidade, em que as ações efetuadas envolvem o estabelecimento de relações e valorização do ser como único e singular, denotando o envolvimento e o respeito do cuidador com o ser cuidado.

Deste modo, os atores do estudo destacaram que, para o exercício de um cuidado adequado e com qualidade, torna-se pertinente o reconhecimento e a utilização de elementos que os auxiliem no seu processo de cuidar, entre esses destaca-se: o gerenciamento de enfermagem, a realização dos registros, bem como a humanização do cuidado, por meio do atendimento do ser em suas necessidades e a ambiência.

Foram apontados como sujeitos participantes do cuidado os profissionais de enfermagem e outros integrantes da equipe de saúde, como os médicos, os psicólogos, os nutricionais, os auxiliares de cozinha e de limpeza; além do acompanhante, do próprio indivíduo enquanto responsável pelo seu cuidado e do cuidador voluntário.

Ressalta-se, ainda, que o vínculo e a interação estabelecidos entre os atores sociais envolvidos permitem a esses sujeitos vivenciar o encontro de cuidado autêntico, promovendo um momento de intensa sintonia, tornando esse acontecimento repleto de sensibilidade e significado.

Quanto aos elementos de cuidado, referenciados pelos pacientes, notou-se que estes percebem o cuidar mediante atitudes de carinho, atenção e solicitude, enfatizando, mais uma vez, a importância de uma prática condizente com o cuidado humanizado.

Atitudes de (dês)cuidado também foram referidas, estando, em suma, relacionadas à precariedade de estrutura física que conflui para um cuidado inadequado e inseguro, bem como para o desconforto do paciente e seu acompanhante. Nesse sentido, a qualidade da infraestrutura deve ser pensada como um fator que possui influência direta no processo de cuidar em enfermagem e no bem-estar do paciente atendido.

Frente aos resultados encontrados com esta pesquisa, é pertinente destacar que o uso da fotografia, assim como da entrevista projetiva, consistiu em um fator facilitador para a realização desse estudo, visto que as técnicas empregadas além de favorecerem a reflexão e a captação de elementos mais subjetivos e complexos envolvidos no cuidado, também foram encaradas pelos participantes, em especial os pacientes, como um momento de descontração, no qual esses puderam interagir com outros sujeitos e com o próprio ambiente onde se encontravam.

Considerando que os achados apresentados configuram uma realidade singular, torna-se pertinente a realização de mais pesquisas acerca da temática abordada, gerando, assim, reflexões e discussões sobre esse fenômeno.

Por conseguinte, espera-se que este trabalho possa contribuir com o conhecimento de enfermagem, suscitando a relevância de perceber e discutir o cuidado não só sob a ótica do profissional ou do paciente de maneiras dissociadas, mas imbrincadas de forma que seja possível refletir sobre as concepções,

percepções, atitudes e necessidades de todos os atores sociais do processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vanessa Souza et al. Conhecimento de Profissionais da Enfermagem sobre Fatores que Agravam e Aliviam a Dor Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro (RJ), v. 57, n. 2, p.199-206. 2011.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- AZEVEDO, Flávia B.; PINTO, Maria Helena. Caracterização dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, Umuarama (PR), v.17, n.4, p.174-178, out./dez. 2010.
- BASSALO, Lucélia de Moraes Braga; WELLER, Wivian. **Imagem Fotográfica: registros de visões de mundo**. XV Congresso Brasileiro de Sociologia, Curitiba (PR), 2011. Disponível em:
 <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=IMAGEM+FOTOGRAFICA%3A+registros+de+vis%C3%B5es+de+mundo+&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sbsociologia.com.br%2Fportal%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2135%26Itemid%3D171&ei=4exqUfLGF8Px0wGV84DwCw&usq=AFQjCNH3-iUehr-OjM IaW4tXxXYmjWXiw>.
 Acesso em: 10 abr. 2013.
- BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro (RJ), v. 13, n. 2, p. 342-351, abr./jun. 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.439/05** – Política Nacional de atenção oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Relatório de gestão exercício 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:
 <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/RelatorioGestao/relatorio_de_gestao_2009.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 874/13** – Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em:
 <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 05 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Prevenção e detecção**: prevenção e fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 20 out. 2014.

CARDOZO, Fernanda Mara Coelho. **A importância da família aos pacientes oncológicos ao enfrentar a doença e os tratamentos**. 2010. 55 p. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Candido Mendes, 2010. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/39062.pdf>. Acesso em: 04 set de 2014.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

DECAT, Cristiane Sant'Anna; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. **Brasília Médica**, Brasília, v. 47, n. 1, P. 93-99, abr. 2010. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/16_artigo_especial_psico-oncologia.pdf> Acesso em: 15 out. 2011.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida et al. **Enfermagem oncológica**: conceitos e práticas. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

JUSTO, Joana Sanches; VASCONCELOS, Mário Sérgio. Pensando a fotografia na pesquisa qualitativa em psicologia. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro (RJ), v. 9, n. 3, p. 760-774, jul-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9082/7481>>. Acesso em: 04 set de 2014.

LIGA CONTRA O CÂNCER. Unidades. **Hospital Luiz Antônio**. 2012. Disponível em: <<http://www.ligacontraocancer.com.br/unidades/hospital-dr-luiz-antonio/>>. Acesso em: 28 ago de 2014.

LOPES, Daniel. **Breve história das pesquisas sobre o câncer**. Amálgama. 2010. Disponível em: <<http://www.amalgama.blog.br/04/2010/historia-pesquisas-cancer/>>. Acesso em: 16 out. de 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, Luisa Todeschini Pereira. **A comunicação de uma má notícia**: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de pós-graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. 2009.

PALMEIRA, Guido Antônio. Psique e câncer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro (RJ), v. 46, n. 3, p. 157-62, 1997. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-3210>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. A convivência com o fantasma do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre(RS), v. 31, n. 1, p. 18-25, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9327/8434>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá(PR), v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro (RJ), v.15, n.1, p. 180-185, jan-mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/25.pdf>>. Acesso em: 04 set de 2014.

SILVA, Bárbara de Oliveira et. al. **Autocuidado e mulher**. Rio de Janeiro: Dellas, 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda. **Brunner & suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

SORESINI, Paula Andrea. A enfermagem e o paciente oncológico. **Neo Saúde** (internet). Curitiba(PR), 04 de Junho de 2009. Disponível em: <<http://www.neo.med.br/neo/leitura-importante/a-enfermagem-e-o-paciente-oncologico-2.html>>. Acesso em: 17 out de 2011.

SOUSA, Daniele Martins et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 18, n. 1, p. 41-47, jan./mar. 2009.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v. 13, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2008.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.

WALDOW Vera Regina, BORGES Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo(SP), v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer (IARC). **GLOBOCAN 2012: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso em: 20 out. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de solicitação de anuência

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Campos Universitário- Br 101- Lagoa Nova- Natal, RN
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ilm. Sr. Dr. Luciano Luiz da Silva Júnior

Diretor do Hospital Luiz Antônio da cidade de Natal/RN.

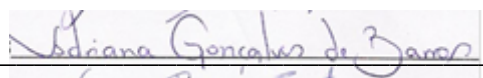
O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Adriana Gonçalves de Barros está realizando a pesquisa cujo título é **O processo de cuidar em Enfermagem de um Centro de Tratamento Oncológico**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, cuja coleta será efetuada por meio de duas técnicas: registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem e pelos pacientes; e, entrevista semi-estruturada com profissionais de enfermagem e pacientes, cujo roteiro será baseado nas fotografias. O objetivo desta pesquisa consiste em: Compreender o processo de cuidar em enfermagem de uma unidade de tratamento oncológico a partir da ótica do profissional de enfermagem e dos pacientes.

Assim, solicitamos de V.S^a., a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso ao Hospital Luiz Antônio da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa direção, agradecemos antecipadamente.

Natal, _____ de _____ de 2013.



Enf^a. Adriana Gonçalves de Barros
(mestranda)



Prof^a. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos
(orientadora)

APÊNDICE B - Termo de Autorização para uso de imagens (fotos)

Eu, _____, **Autorizo** a Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos, coordenador(a) da pesquisa intitulada: “O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO”, a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de foto com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O pesquisador responsável Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos, assegurou-me que os dados serão armazenados em meio de foto, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Natal, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa

Prof^a. Dr^a. Viviane Euzébia Pereira Santos
(Coordenadora da Pesquisa)

Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, s/n Lagoa Nova, Natal-RN CEP:
59.072-970 Fone: (84) 3215-3124 e-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

APÊNDICE C- Roteiro para entrevista semi-estruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

NOME (iniciais): _____
 IDADE: _____
 ESCOLARIDADE: _____
 ESTADO CIVIL:
 Solteiro (a):
 Estável:
 Casado (a):
 Outro (especificar): _____
 PROFISSÃO: _____
 COR (auto-referida): _____
 RELIGIÃO: _____

EQUIPE

- Quem é cuidado por você?
- Por que você fez essa fotografia?
- Por que essa cena representa cuidado para você?
- O que é cuidado para você?

PACIENTES

- Por que você fez essa fotografia?
- Por que essa cena representa cuidado para você?
- O que é cuidado para você?

APENDICE D – Termo de autorização para gravação de voz

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos e Adriana Gonçalves de Barros a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa

Prof^a. Dr^a. Viviane Euzébia Pereira Santos
Pesquisadora responsável

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa **O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico** que é coordenada por Prof^a Dr^a **Viviane Euzébia Pereira Santos**.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo **compreender o processo de cuidar em enfermagem de uma unidade de tratamento oncológico a partir da ótica do profissional e dos pacientes**.

O presente estudo poderá favorecer a promoção de conhecimento sobre as demandas apresentadas pelos pacientes, em seu caráter singular e coletivo, tendo como foco a melhoria na qualidade de assistência prestada.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: 1) Realizar o registro fotográfico das ações que representam o cuidado para você; 2) Participar de uma entrevista semi-estruturada com roteiro baseado nas fotografias.

O presente estudo não lhes submeterá a nenhum tipo de risco biológico e/ou físico.

Seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

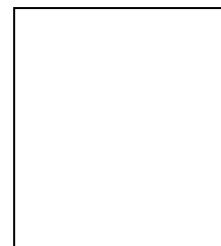
Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Viviane Euzébia Pereira Santos** no endereço: **Departamento de Enfermagem- Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN**, ou pelo telefone **84 321533124**. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da LNRCC no endereço **Rua Dr. Mário Negócio, 2267. Quintas. Natal/RN** ou pelo telefone **(84) 4009-5494**.

“Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dará autorização ao patrocinador do estudo e a Instituição responsável de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade”.

“Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.”

Natal, _____ de _____ de 2013.

Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa



A handwritten signature in blue ink that reads "Viviane Pereira Santos".

Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos
pesquisador responsável

Impressão Digital

ANEXOS

ANEXO A - Carta de anuência



Liga
Contra o
Câncer

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA
E EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA

Natal, 19 de Abril de 2013.

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

" O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO "

RESPONSÁVEL: Profª. Dra. Viviane Euzebia Pereira Santos

Conhecendo o propósito deste projeto, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

- Autorizamos a coleta de dados na Liga
 Não autorizamos a coleta de dados na Liga

Quanto a divulgação:

- Autorizamos menção do nome da Liga no relatório técnico-científico
 Não autorizamos menção do nome da Liga no relatório técnico-científico

Quanto ao relatório técnico-científico:

- Requeremos a apresentação dos resultados na Liga
 Não requeremos a apresentação dos resultados na Liga

Comentários: Devido à norma da Instituição, todo e qualquer pesquisa que envolva seres humanos é avaliada pelo CEP/LIGA antes do seu início. Providenciar submissão ao CEP/LIGA.

Edilmar de Moura Santos
Coordenador do DEPECOM

Liga Norte Riograndense Contra o Câncer

DEPECOM

Av. Miguel Castro, 1355 – Dix-Sept Rosado
CEP: 59062-00 – Natal/RN
Fone: (84) 4009-5567
E-mail: sec.depecom@liga.org.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de cuidar em enfermagem de um centro de tratamento oncológico

Pesquisador: Viviane Euzébia Pereira Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16104313.0.0000.5293

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 295.673

Data da Relatoria: 04/06/2013

Apresentação do Projeto:

Partindo-se da premissa de que o ser humano é um ser de cuidado e pode vivenciar sob várias perspectivas essa condição, o presente estudo apresenta o seguinte problema: Como se dá o processo de cuidar entre os atores sociais envolvidos (paciente e profissionais de enfermagem) no ambiente de tratamento oncológico?

A partir deste inquérito, torna-se pertinente investigar os aspectos que permeiam o processo de cuidar, tais quais: como é para a equipe de enfermagem, que atua em uma unidade oncológica cuidar de pacientes com câncer? A equipe de enfermagem percebe que o cuidado prestado por eles ao paciente é suficiente? De que forma? Qual o significado do cuidar pelo cuidador profissional? Em relação ao próprio indivíduo com câncer, é concernermente averiguar: Como o cuidar é percebido por este? Como se dá o processo de cuidar na unidade de tratamento oncológico?

Os resultados obtidos, com esse estudo, podem contribuir para a promoção de reflexões das práticas de cuidado, instituindo pontes com a educação, colaborando e enriquecendo as discussões acerca dessa temática visto que são escassas as produções científicas a esse respeito.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, a ser realizada no Hospital Luiz Antônio, cujos atores sociais serão os pacientes e os profissionais de enfermagem da instituição em questão. Para os profissionais, os critérios de inclusão são: ser profissional da área de enfermagem, ser funcionário do hospital, estar inserido na escala de

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 295.673

profissionais de enfermagem do Hospital Luiz Antônio no momento da coleta de dados. Serão excluídos os sujeitos que estejam de férias e/ ou licença no período da coleta de dados. Em relação aos pacientes, serão incluídos aqueles que possuem suas capacidades cognitivas preservadas e que estejam internados e em qualquer fase do tratamento no Hospital Luiz Antônio. Deverão ser excluídos os sujeitos que já terminaram o tratamento, ou que tenham recebido alta do tratamento, além dos portadores de necessidades especiais como surdez, mudez e problemas psiquiátricos que interfiram na comunicação entrevistado-intervistador. A escolha do número de participantes acontecerá pela saturação das informações dos depoimentos, pois na modalidade de pesquisa qualitativa, não há relevância no número de sujeitos entrevistados, devido à preocupação com a qualidade dos depoimentos de cada participante. Contudo, estima-se uma amostra de aproximadamente dez (10) pacientes e dez (10) profissionais. A coleta de dados será efetuada por meio do registro fotográfico realizado pelos pacientes e profissionais de enfermagem; e, entrevista semi-estruturada com os sujeitos do estudo, cujo roteiro será baseado nas fotografias. Quanto aos preceitos éticos, primeiramente, será elaborada uma solicitação de autorização do estudo ao Hospital Luiz Antônio, em Natal/RN. Após a resposta da instituição em questão, a pesquisa será conduzida para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (CEP/LIGA). Mediante aprovação por esse comitê, dar-se-á início a coleta de dados. A coleta será efetuada por meio de duas técnicas: registro fotográfico pelos profissionais de enfermagem e pelos pacientes; e, entrevista semi-estruturada com profissionais de enfermagem e pacientes, cujo roteiro será baseado nas fotografias. No primeiro momento, será utilizado o registro fotográfico como técnica de coleta de dados. Cada paciente e cada profissional de enfermagem receberá uma câmera fotográfica. No momento da entrega da câmera fotográfica, tanto o paciente quanto o profissional de enfermagem receberão instruções quanto ao seu manuseio, bem como, serão esclarecidos em relação ao tempo disposto para a realização dos registros das imagens. Cada sujeito da pesquisa permanecerá com a câmera fotográfica durante o turno da manhã. Os participantes serão instruídos a registrar os objetos e/ou situações que os remetam ao cuidado. Ao final do turno da manhã, a máquina será recolhida para impressão das fotos. Portanto, logo após a impressão das fotografias, dar-se-á início ao segundo momento da coleta de dados, no qual se fará uso da entrevista semi-estruturada. Os dados coletados serão analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o processo de cuidar em enfermagem de uma unidade de tratamento oncológico a partir da ótica do profissional de enfermagem e dos pacientes. Tendo como objetivos Específicos:

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267	CEP: 59.040-000
Bairro: Quintas	
UF: RN	Município: NATAL
Telefone: (84)4009-5494	Fax: (84)4009-5480
	E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 295.673

- Descrever o desenvolvimento do processo de cuidar na unidade de tratamento oncológico;
- Analisar como os profissionais de enfermagem e pacientes percebem o cuidar;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não submeterá os participantes a nenhum tipo de risco biológico e/ou físico. O presente estudo poderá favorecer a promoção de conhecimento sobre as demandas apresentadas pelos pacientes, em seu caráter singular e coletivo, tendo como foco a melhoria na qualidade de assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora apresentou alguns termos de consentimento, tais como:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Autorização para Gravação de Voz;
- Termo de Autorização para uso de imagens (fotos);
- Solicitação de autorização do estudo;

O instrumento de entrevista semi-estruturado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi encaminhado para ciência e análise Carta de Submissão; Folha de Rosto; Carta de responsabilidade; Proposta do projeto; Termo de consentimento livre e esclarecido; Projeto de pesquisa; Carta do orientador; Carta de Anuência. A documentação carregada na plataforma foi checada e está de acordo com as exigências da CONEP.

Recomendações:

Em obediência às instruções contidas na REs. nº 196/96-CNS, recomenda-se ao pesquisador:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/LIGA eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/LIGA relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 295.673

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo bastante relevante, sem necessidade de tecer muitos comentários.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 06 de Junho de 2013

Assinador por:
Carla Afonso Lira
(Coordenador)

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@liga.org.br

ANEXO C – Normas de publicação da Revista Brasileira de Enfermagem

Política Editorial

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis fascículos regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

Para a publicação, a REBEn considera uma condição sine qua non que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho

Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: <www.cobea.org.br>), de 1991. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

A REBEEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <<http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de vinte (20) páginas, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: Entrevista (máximo de 3 páginas) com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de Autor convidado (máximo de 15 páginas, incluindo resumos e referências); Carta ao Editor (1 página);

e Resenha de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (máximo de 2 páginas, incluindo referências, se houver).

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo Vancouver, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de Pesquisa e de Revisão sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 15 palavras) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página (a segunda). Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no máximo, 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, key words e palavras clave. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<<http://decs.bvs.br>>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página (a terceira), em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a

razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) Referências

O número de referências deve ser limitado a trinta (30) nos artigos de Pesquisa e a dez (10) nos artigos de Reflexão e Relato de Experiência. Para os artigos de Revisão não se estabelecem limites no número de referências, ressaltando-se, porém, a necessidade de se atentar para o número máximo de páginas desta categoria de manuscrito, que deve ser rigorosamente observado. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link Submissão Online.

Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá inserir no sistema, como Documento Suplementar (ver aba “RESUMO”, Docs. Sup., INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR), uma DECLARAÇÃO, assinada por ele e, quando for o caso, por todos os demais autores, na ordem exata de autoria, afirmando haver participado em sua elaboração e, assim, podendo assumir a responsabilidade por sua autoria; que o manuscrito se destina exclusivamente à Revista Brasileira de Enfermagem e que nenhum outro manuscrito com conteúdo semelhante foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico; finalmente, que, se aceito para publicação, concorda(m) com a transferência de direitos autorais para a Revista Brasileira de Enfermagem, podendo o manuscrito ser reproduzido, distribuído, transmitido ou reutilizado, desde que seja para uso não comercial e com a citação obrigatória da fonte. (Modelo de Declaração)

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cômnicos de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a

clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (peer review), adotando-se a avaliação duplo-cega (double blind review), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

Taxas de Submissão e de Editoração

Não se exige que os autores de manuscritos aceitos para publicação na REBEEn sejam assinantes da revista. Essa assinatura é voluntária. Entretanto, é requerida uma TAXA DE SUBMISSÃO de manuscritos, no valor de R\$200,00 (duzentos reais); e uma TAXA DE EDITORAÇÃO, para cada artigo aceito para publicação, no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais).

Essas taxas deverão ser pagas, para cada manuscrito submetido ou aceito para publicação, por meio de transferência entre contas correntes, com depósito bancário identificado, em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no Banco do Brasil, Agência: 3475-4, Conta Corrente: 220.482-7. O depósito bancário identificado solicita um código identificador que, no caso de pessoa física, corresponde ao CPF, e, no caso de pessoa jurídica, ao CNPJ da instituição pagadora.

O comprovante de pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO deve ser inserido no sistema, no momento da submissão do manuscrito, como Documento Suplementar (ver aba “RESUMO”, Docs. Sup., INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR). Não se devolve a TAXA DE SUBMISSÃO caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

Por seu turno, o comprovante de pagamento da TAXA DE EDITORAÇÃO deverá ser encaminhado ao e-mail <reben@abennacional.org.br>, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.

ANEXO D – Normas de publicação da Revista Acta Paulista de Enfermagem

Preparando um manuscrito para submissão

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

1. Documentos para a submissão on-line

- a) Carta de Apresentação (cover letter) - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b) Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c) Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d) Comprovante do pagamento da taxa de submissão (payment voucher);
- e) Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f) Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa-alta no título;

Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);

As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;

Ensaio clínico: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. Para casos anteriores &acrase; data de publicação; a seguir, da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da International Clinical Trials Registration Platform(ICTRP/OMS);

Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e e-mail.

3. Documento Principal (Main Document)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa-alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a parte mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

Objetivo: estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;

Métodos: descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;

Resultados: descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;

Conclusão: frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.

Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

3.3 Corpo do manuscrito

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Siga os padrões de editoração da Acta.

A introdução deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

Métodos – descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estructure Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e

precisão), coleta e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine métodos com a seguinte frase: “O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos” (não há necessidade de detalhes sobre aprovação em CEP porque este documento será anexado na plataforma de submissão on-line).

Resultados – descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no máximo de três, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta.

Discussão – apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade prática para as enfermeiras.

Conclusão – escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.

Referências – As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as obras que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de

conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;

As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;

Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

Documentos em formato impresso

Artigos de periódicos

Com até seis autores, citar todos os autores

Santos AA, Pavarini SC. [Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability]. Acta Paul Enferm. 2011;24(4): 520-6. Portuguese.

Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MC, Vannuchi MT, Vituri DW. [Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital]. Acta Paul Enferm. 2011;24(4):527-33. Portuguese.

Reza CG, Sánchez PB, Pilar MM, Castro ME. [Physical exercise with rhythmic: Nursing intervention for arterial hypertension control in a municipality in the state of Mexico]. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(4):717-22. Spanish.

Com mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos de et al.

Pereira VA, Ávila MA, Loyaola YC, Nakagaki WR, Camilli JA, Garcia JA, et al. [Effects of phenobarbital on bone repair and biomechanics in rats]. Acta Paul Enferm. 2011(24(6):794-8. Portuguese.

Instituição como Autor

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

Sem indicação de autoria

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

Volume com suplemento

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

Fascículo com suplemento

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

Volume em partes

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

Fascículo em partes

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

Fascículo sem volume

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

Sem fascículo e sem volume

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

Artigo com errata publicada

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

Artigo no prelo

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

Editoriais

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. Acta Paul Enferm. 2004;17(2):131.

Documentos em formato eletrônico

Artigos de periódico

Santos AA, Pavarini SC. [Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability]. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011[cited 2012 Jan 14]; 24(4): 520-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400012&script=sci_arttext.

Portuguese

Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 24];25(5):335-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965051/?tool=pubmed>

ANEXO E- Normas de publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem

Diretrizes para Autores

DIRETRIZES 2013

Orientações para os autores

1 Apresentação

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 do Qualis Periódicos, sistema criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A publicação também em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998.

Inicialmente, sua periodicidade era semestral, passou para quadrimestral em 2003 e para trimestral em 2006 (março, junho, setembro e dezembro).

A abreviatura de seu título é Rev Gaúcha Enferm, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

Publicação

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

2 Processo de avaliação

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*) sigilosos, omitindo os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação pertence à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por nove docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo um Editor-Chefe, um Editor-assistente e seis Editores de Área, e é auxiliada por um servidor técnico-administrativo e dois alunos bolsistas. Para a avaliação dos

manuscritos, a Revista conta com a colaboração de consultores de instituições nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e espera que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas com seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos.

2.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por um processo de pré-avaliação pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, o artigo poderá ser recusado pelo Editor Assistente, ao qual se reserva o direito de não emitir parecer consubstanciado sobre o mesmo. Caso atenda os pré-requisitos, o manuscrito é encaminhado ao Editor de Área, especialista na temática do texto.

2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação

O Editor de Área seleciona dois consultores *ad hoc*, especialistas na temática do artigo em avaliação, e encaminha o manuscrito para sua avaliação por meio de formulário específico. Cabe, ainda, ao Editor de Área o monitoramento do processo de revisão e encaminhamento dos pareceres.

2.3 Avaliações pelos consultores

A identidade do(s) autor (es) e da sua instituição de origem são mantidas em sigilo para os dois consultores *ad hoc* bem como vice-versa. A avaliação dos consultores se dá de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista são avaliados pelos consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos consultores são apreciados pelo Editor de Área, que encaminha aos autores quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos consultores *ad hoc*, deve retornar ao Editor de Área por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Área encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

2.5 Avaliação da CED

A CED, com base nos pareceres dos consultores *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

2.6 Parecer biblioteconômico

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para Parecer Biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

2.7 Cartas de aceite/tradução/editoração

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor (es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, o que deverá ser feito por uma das empresas indicadas pela RGE. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

2.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor (es).

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

2.9 Publicação online

Após a diagramação, será divulgada a versão *online* em PDF do volume/número da RGE em que o artigo será publicado. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do seu manuscrito pelo sistema SEER. As decisões são comunicadas aos autores por e-mail.

3 Instruções para os autores

3.1 Orientações gerais

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, deveser efetuado pagamento das taxas: de submissão (no momento da submissão do artigo); de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação) .

Ao ser designado para publicação o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita *online* no site:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho também não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a inserção dessas informações.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (“Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), assinada por todos os autores, e encaminhá-la como documento suplementar juntamente com o artigo.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o número do protocolo de aprovação do

projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar o conteúdo do trabalho submetido à Revista.

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema e previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português devem respeitar o Acordo Ortográfico de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...).

A Revista publica artigos nas seguintes seções:

Editorial: de responsabilidade a Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O Editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que tem por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Deverão ser descritas detalhadamente os procedimentos metodológicos no que se refere a busca dos estudos originais, os critérios de inclusão e exclusão utilizados, por meio dos testes preliminares e de relevância segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e compreensão do estudo. Deve obedecer ao limite

de **5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo);**

Os manuscritos devem conter:

Título: que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: deve ser elaborado conforme a ABNT ([NBR 6028/2003](http://www.abnt.org.br/nbr6028-2003) - *Resumo: apresentação*). Em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, sem subtítulo, acompanhado de sua versão para o espanhol (*Resumen*) e para o inglês (*Abstract*). O primeiro resumo deve ser no idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método (tipo do estudo, amostra, período e local da pesquisa), resultados e conclusões. No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Descritores: de 3 a 6, que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (*Descriptor*) e inglês (*Descriptor*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), podendo a Revista modifica-los se necessário. **Título em outros idiomas:** apresentá-lo nas versões para o Espanhol (*Título*) e Inglês (*Title*) logo após os descritores do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante) e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia: deve apresentar o método empregado - tipo de estudo, referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado, critérios de inclusão e exclusão de participantes, período do estudo, local do estudo, considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa), uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou termo de consentimento para uso de dados quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na Enfermagem/Saúde.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para as reflexões. Não há limite máximo para as revisões sistemáticas. Devem ser atualizadas (últimos cinco anos); sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam utilizados preferencialmente os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nesta seção “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2009, e adaptado pela RGE (ver exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (BIREME), disponível no endereço: <http://portal.revistas.bvs.br/> . Para os periódicos que não se encontram nessa listagem,

poderão ser utilizadas como referência as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT, CCN, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação. Não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “Segundo..., De acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, devem-se separar os números por hífen e, quando intercaladas, devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), se deve utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso (ABNT 10520/2002).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4,5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos podem ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** devem ser apresentados conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Artigo padrão

- Até seis (6) autores, indicar todos; sete 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ*. 2001 Dec;323(7319):962-6.

Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1996;27(1):238-49.

Volume com suplemento

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: Contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin*.2009;36 Supl 1:1-16

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10.

Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6 Suppl):1689-93.

Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.

Volume com parte

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

Fascículo sem número

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. *Pediatrics*. 2003 Nov;112:1083-7.

Fascículo sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Nenhum volume ou número de fascículo

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. *JAMA*. 2002:1-6.

Paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. *Bioética*. 2002, 16 (2): iii-v.

Indicação do tipo de artigo (se necessário)

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4): 453-4.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**Indivíduo como autor**

Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Guia de bolso da saúde do viajante*. Brasília (DF); 2005.

Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Condutas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

Livro com indicação de série

Braunstein F, Pépin JF. *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 Set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação e Tese

Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

OUTROS TRABALHOS PUBLICADOS

Artigo de jornal

Quinalia E. Para aprender nas férias. Metro. 2012 Dez 12;6(1446):20 (Educação)

Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9.

Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

MATERIAL ELETRÔNICO

- As expressões “Disponível em” e “citado”, em Espanhol são “Disponible en” e “citado”, e em Inglês, “Available from” e “cited”.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009

Fev 15];29(4):612-8. Disponível em:
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

Artigo com um Digital Object Identifier (DOI):

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidade e admissão repetição ao hospital para reações adversas a medicamentos em idosos: estudo de coorte retrospectivo. *BMJ*. 2009 Jan 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.

Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 Mai 23]. Disponível em:
http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from:
<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Trabalho disponível em anais em meio eletrônico

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: *Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería*; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

DVD e CD-ROM

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Atlas eletrônico Anderson de hematologia [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage / Web site

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000-[atualizado 2012 Dez 12, citado 2012 Dez 13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

39. Parte de uma área homepage / Web

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000-[atualizado 2012 Dez 12, citado 2012 Dez 13]. Histórico; (cerca de 6 telas). Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/historico>.

Banco de dados na Internet

Banco de dados aberto

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 Mar 08]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/>

Banco de dados fechado

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [atualizado 2001 Dez 12; citado 2012 Dez 13]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/>

Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: MS. 2000- [citado 2009 Fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

Contribuição para um blog:

Mantone J. Traumatismo craniano assombra muitos, dizem os pesquisadores. 2008 Jan 09 [citado 2009 Fev 13]. In: Wall Street Journal. SAÚDE BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008 -. [cerca de 1 tela]. Disponível em: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-trauma-haunts-many-researchers-say/>.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).

10. Substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrito e entre parênteses conforme foram citados no texto, eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com..."
11. As referências devem seguir *Vancouver e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.*
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude de aparecerem nesta Revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ANEXO F- Normas de publicação da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Escopo e política

Como órgão oficial de difusão científica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem tem por finalidade a publicação de trabalhos originais de autores brasileiros e de outros países, relativos à Enfermagem, Saúde e outras áreas afins, e atualidades relevantes para a profissão.

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do SGP (Sistema de Gestão de Publicações) disponível no seguinte endereço: www.revistaenfermagem.eean.edu.br.

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista estando vedadas a reprodução ou tradução parcial ou total dos mesmos. Para a publicação total ou parcial (citações textuais com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) em outros periódicos (impressos e/ou eletrônicos) são necessárias autorizações por escrito de seus editores e do(s) autor(es) do manuscrito envolvido. Da mesma forma, publicações de manuscritos publicados em outros periódicos nesta Revista, através de reprodução ou tradução de texto total ou parcial (citações com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) tornam necessárias autorizações por escrito dos editores daquele periódico e do(s) autor(es) do manuscrito originalmente publicado.

O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentem os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade,

prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo.

É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência de conflitos de interesse que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, disponíveis na URL: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/PDF/Declaracao_de_conflitos_de_interesse.pdf.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois relatores (Consultores Ad Hoc), pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e relator(es). A análise pelos relatores é feita com base no Instrumento de Análise e Parecer (disponíveis na URL: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/revista_enf.htm), elaborado especificamente para essa finalidade.

A confiança pública, fundamental no processo de revisão por especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados na elaboração da redação, revisão por pares e edição. Os conflitos de interesse existem quando o autor, o revisor ou o editor possuem relações financeiras ou pessoais que podem influenciar inadequadamente suas ações. Conflitos de interesse financeiro (quando envolve emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários) são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da

própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois relatores (Consultores Ad Hoc), pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e relator(es). A análise pelos relatores é feita com base no Instrumento de Análise e Parecer (disponíveis na URL: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/pdf/avaliacaoadhoc.pdf>), elaborado especificamente para essa finalidade.

A Escola Anna Nery apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2009, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Público-alvo: Enfermeiros, alunos do curso de graduação em enfermagem, profissionais da saúde.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial em espaço duplo na fonte Times New Roman tamanho 12

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia

científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

(a) Introdução: apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) Revisão da literatura: selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) Método: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) Resultados: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) Discussão: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

(f) Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 18 referências e 20 laudas impressas de acordo com as especificações no item composição de manuscritos.

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas, de acordo as especificações no item: composição de manuscritos.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem ou afins, para divulgar aspectos inéditos e originais envolvidos. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas devendo estar de acordo com o item composição de manuscritos.

Revisão crítica: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos e a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter um mínimo de 15 e um máximo de 20 referências e 15 laudas impressas devendo estar de acordo com o item composição de manuscritos.

Biografia: constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Os manuscritos de biografia poderão ter até 10 referências e 10 laudas impressas, de acordo com as especificações no item: composição de manuscritos.

Forma

Citações no texto: as citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que

identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas cuidatividades¹.

Em caso de citações seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: 1-5; quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: 1-3,6.

Na transcrição "ipsis literes" de citações a indicação a página da referência adotada é uma exigência. Ela deve estar localizada após o número da referência seguido de dois pontos, ex.: 3:16-18, e deve atender aos seguintes critérios: (a) até três linhas de citação, usar aspas na seqüência do texto normal; (b) mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda.

Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, em itálico (apenas nesse caso), sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, para entrevistas ou pseudônimos, ex.: [...] os usuários desse serviço de saúde são bastante consciente da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a primeira nota, b segunda nota e c terceira nota.

Resumos e descritores: devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão crítica e biografia, acompanhados das versões em espanhol (resumen) e inglês (abstract). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Para manuscritos internacionais, o resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores.

Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras clave e keywords.

Tabelas: Devem ser enviadas junto com o conteúdo do artigo no "Passo 5" da submissão on-line, simplesmente copiando e colando em formato texto, e não como imagens. Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a 05 no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel

Gráficos e Ilustrações: Deverão ser enviados no Passo 6 e deverão seguir o padrão da revista. Largura igual ou superior a 1000 px e DPI igual ou maior que 300 deverão obrigatoriamente ser arquivos com extensão JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF. Logo após o upload, na página seguinte, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Referências bibliográficas: o número de referências deve seguir a quantidade determinada para cada categoria de manuscrito apresentado à Revista (ver

categorias de manuscritos). A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de aparição no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989. Obra de autoria institucional ou entidade coletiva: Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília: DF; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizadora. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadoras. Índicios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago; 7(2): 156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B, et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 Feb; 23 (1): 43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2): [aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [on line] 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22]; 11(4): [aprox.8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>.

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113.

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez; 3(7): 309-10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife: ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB , Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificação da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis(SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em formato eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS. [CD-ROM] [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em CD-ROM:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbete de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro(RJ); 2000.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião para ser implantado um projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ); 1976 abr.

Documento jurídico:

Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil , Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Para abreviações de títulos de periódicos:

<http://www.ibict.br>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>

International Nursing Index

Index Medicus

Envio de manuscritos

**INSTRUÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO ON-LINE DE MANUSCRITOS
USANDO O SGP (SISTEMA DE GESTÃO DE PUBLICAÇÕES) DA ESCOLA ANNA
NERY REVISTA DE ENFERMAGEM**

Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente.

Deverão ser digitados em espaço duplo em papel tamanho A4 (21cm x 29,7cm), sendo que as margens não precisam ser definidas, pois o sistema SGP as definirá automaticamente.

A submissão on-line deverá ser feita através do endereço do SGP/EEAN na internet: www.sgponline.com.br/ean/sgp. Quando entrar neste link o sistema pedirá seu nome de usuário e senha, se já estiver cadastrado, caso não possua cadastro clique no botão "Quero me cadastrar". Na hipótese de ter esquecido sua senha, utilize o mecanismo para lembrar sua senha. O sistema enviará sua senha para o seu e-mail que está registrado em seu cadastro para contato.

O processo de submissão é composto de oito passos:

1. Informar Classificação do Manuscrito
2. Informar Título e Palavras-chave
3. Cadastrar Autores
4. Informar Resumo e Comentários
5. Montar Manuscrito
6. Envio de imagens
7. Copyright
8. Aprovação do Autor (Finalizar submissão)

Após a submissão, o sistema oferece a opção de salvar uma cópia de seu manuscrito em formato PDF para seu controle.

A Revista encoraja fortemente aos autores a submeterem eletronicamente manuscritos preparados em Microsoft Word, pois no passo "Montar Manuscrito" será exibida uma tela que simula o editor de texto e será possível "copiar e colar", inclusive tabelas. As imagens e gráficos tem regras próprias que são descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo

1º Passo: Informar Classificação do Manuscrito

O autor deverá escolher entre as opções disponíveis: Pesquisa Original, Reflexão, Relato de experiência e Revisão crítica.

2º Passo: Informar Título e Palavras-chave

Informar o título completo do trabalho nos idiomas português, inglês e espanhol; o título abreviado e as Palavras-chave (português), Keywords (inglês) e Palabras Clave (espanhol).

Importante: O sistema não aceitará trabalhos duplicados em nome do mesmo autor principal. Caso o mesmo trabalho seja submetido por autores diferentes, a EEAN se reserva ao direito de excluir tais trabalhos do sistema.

3º Passo: Cadastrar Autores

Cadastre cada autor informando Nome Completo, CPF, E-mail, Titulação, Instituição ou Universidade, Cidade e País. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos coautores pode ser alterada facilmente utilizando-se da ferramenta de "setas" exibidas na tela ao lado de cada nome.

4º Passo: Informar Resumo e Comentários

O Resumo/Abstract/Resumen deverá obrigatoriamente conter o máximo de 150 palavras, pois o excedente será cortado automaticamente pelo sistema com um aviso ao autor. Além disso, os resumos devem obrigatoriamente estar estruturados em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão, em todos os idiomas, ou o sistema bloqueará a submissão.

O autor deverá preencher os campos: Instituição, Nome e Endereço para correspondência, Suporte financeiro, e a carta ao editor, sendo este último campo opcional. É obrigatório informar qualquer concessão ou apoio financeiro quando existente no campo 'suporte financeiro'.

5º Passo: Montar Manuscrito

Neste passo é exibido um simulador do Microsoft Word, com todas as ferramentas clássicas necessárias para a formatação de textos. Para inserir seu texto

simplesmente selecione todo seu trabalho, copie e cole no espaço de montagem do manuscrito.

Importante: Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens deverão ser enviadas no "6º Passo" e serão exibidas no final do trabalho automaticamente pelo sistema, quando terminada a submissão.

No link "Enviar manuscrito em Inglês", permite o envio do artigo na versão em inglês caso o autor a tenha.

Importante: Nunca coloque neste campo os nomes de autores e coautores, ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado. Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer em regime de duplo-cego. A não observância deste detalhe fará com que seu trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO para que seja corrigido e conseqüentemente sua inclusão no processo de avaliação só se dará após a devida correção indicada.

6º Passo: Envio de imagens

As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF. Caso necessite alterar o formato de suas imagens entre na seção DOWNLOADS do SGP Sistema de Gestão de Publicações em: <http://www.sgponline.com.br/ean/sgp/naveg/downloads.asp?Menu=T04>, onde encontrará vários softwares gratuitos e de fácil utilização para manipulação de imagens. Faça o download de um destes softwares e instale-o proceda a instalação (requer senha de acesso). O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para editar os títulos e legendas das imagens submetidas clique no ícone .

7º Passo: Copyright

Neste passo é exibida a tela com o Termo de Responsabilidade, Termo de Copyright e Declaração de Conflito de Interesses que deverão ser impressos, para que o autor colha as assinaturas de cada coautor e em seguida faça o envio pelo SGP. Antes de imprimir, certifique-se de ter respondido uma das duas perguntas no final do termo.

Estes documentos deverão ser digitalizados (escaneados), após a digitalização basta realizar o upload e em seguida clicar no botão "Enviar Documentação". Os documentos serão incluídos junto ao material do artigo e ficarão disponíveis para a Secretaria da Revista. Para impressão deste termo de copyright, clique no link "Imprimir termo de Copyright".

8º Passo: Aprovação do Autor

Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela, o autor tem a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF do artigo submetido.

Importante: O autor deverá clicar no link "CONCLUIR SUBMISSÃO/CORREÇÃO" para que seu trabalho seja encaminhado à Secretaria

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail)

Ao terminar a submissão de seu trabalho, o Sistema gera um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente. O trabalho será recebido e conferido para averiguação de cumprimento das exigências, normas e padrões da revista. Na hipótese de o artigo estar "Fora de padrão", o autor receberá por e-mail um aviso para proceder a correção e submetê-lo novamente no sistema através do link: <http://www.sgponline.com.br/ean>.

Os autores podem monitorar o andamento do seu trabalho a qualquer momento através do Sistema de Gestão de Publicações da EEAN, utilizando o código de fluxo gerado automaticamente e enviado no final da submissão do manuscrito.

Importante: Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme a tramitação de seu artigo, é imprescindível que o autor DESABILITE seus filtros de SPAM em seus respectivos provedores ou configure suas contas de e-mail para ACEITAR qualquer mensagem do endereço sgpean@sgponline.com.br. Para informações sobre como configurar seu filtro de SPAM entre em contato com seu provedor de acesso.

Para o primeiro encaminhamento, o manuscrito deverá ser em 03 cópias impressas, juntamente com 01 cópia em CD. A composição do manuscrito deverá constar de:

- Página de Identificação: a) título pleno do trabalho (máximo de 15 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; b) título abreviado para cabeçalho com até 07 palavras; c) nome por extenso de cada autor (até seis autores), com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s), sua vinculação institucional (função, instituição, departamento, e outros); d) cidade, estado, país e endereço eletrônico de todos os autores; e nome do autor e endereço completo contendo CEP para manutenção de contatos sobre a tramitação do manuscrito com o editor.

Para o segundo encaminhamento, depois de cumpridas as exigências estabelecidas para sua publicação, o manuscrito revisado deverá ser enviado em 01 cópia impressa, juntamente com uma cópia em CD. Os manuscritos deverão ser encaminhados para:

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
Secretaria Administrativa
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ
Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 20.211-110
Tel.: + 55 (21) 2293-0528 / Ramal: 109
Fax: + 55 (21) 2293-8999
E - mail: revista@eean.ufrj.br