

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HOSPITALAR E A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOENÇA ONCOPALIATIVA

Resumo: Os objetivos foram identificar e analisar aspectos da organização do trabalho que impactam na assistência de enfermagem ao paciente com doença oncopaliativa. A metodologia teve abordagem qualitativa e descritiva, realizado em hospital do Rio de Janeiro, cujos participantes foram 18 profissionais de enfermagem. As técnicas de coleta de dados foram: grupo focal e observação participante. O tratamento das informações ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo. Verificou-se que a estrutura física se caracteriza como inapropriada para o cuidado ao paciente oncopaliativo, sobretudo, em termos de conforto e privacidade ao paciente. Também se evidenciou equipamentos inadequados e insuficiência de insumos indispensáveis para o bom desenvolvimento do trabalho. Além disso, constatou-se comunicação pouco eficaz e déficit na capacitação e treinamento de pessoal. Considerou-se que a configuração da organização do trabalho impacta negativamente na assistência ao paciente com doença oncopaliativa e traz incômodos para os profissionais de enfermagem.

Descritores: Equipe de enfermagem, Trabalho, Organização e Administração, Cuidados Paliativos.

Organization of hospital work and assistance to patients with cancer-based disease

Abstract: The objectives were to identify and analyze aspects of work organization that impact on nursing care for patients with cancer disease. The methodology had a qualitative and descriptive approach, carried out in a hospital in Rio de Janeiro - Brazil, whose participants were 18 nursing professionals. The data collection techniques were: focus group and participant observation. The treatment of information occurred through the technique of content analysis. It was found that the physical structure is characterized as inappropriate for the care of cancer patients, especially in terms of comfort and privacy to the patient. Inadequate equipment and insufficient inputs were also evidenced for the proper development of the work. In addition, it was found that communication was ineffective and there was a lack of qualification and training of personnel. It was considered that the configuration of the work organization has a negative impact on care for patients with oncopaliative disease and causes discomfort for nursing professionals.

Descriptors: Nursing team, Work, Organization and Administration, Palliative Care.

Organización del trabajo hospitalario y asistencia al paciente con enfermedad oncopaliativas

Resumen: Los objetivos fueron identificar y analizar aspectos de la organización del trabajo que impactan la atención de enfermería para pacientes con enfermedad oncopaliativa. La metodología tuvo un enfoque cualitativo y descriptivo, realizado en un hospital de Río de Janeiro, cuyos participantes fueron 18 profesionales de enfermería. Las técnicas de recopilación de datos fueron: grupo focal y observación participante. El tratamiento de la información se produjo a través de la técnica de análisis de contenido. Se comprobó que la estructura física se caracteriza por ser inapropiada para el cuidado de pacientes con cáncer, especialmente en términos de comodidad y privacidad para el paciente. También se evidenció equipos inadecuados e insumos insuficientes para el correcto desarrollo del trabajo. Además, se constató que la comunicación era ineficaz y había una falta de calificación y capacitación del personal. Se consideró que la configuración de la organización del trabajo tiene un impacto negativo en la atención de pacientes con enfermedad oncopaliativa y causa molestias a los profesionales de enfermería.

Descriptores: Equipo de enfermería, Trabajo, Organización y Administración, Cuidados Paliativos.

Priscila Francisca Almeida

Mestre em Enfermagem. Hospital
 Universitário Pedro Ernesto.
 E-mail: priscila.al@gmail.com

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Professora Titular do Departamento de
 Enfermagem Médico- Cirúrgica da Faculdade
 de Enfermagem da Universidade do Estado
 do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). Professora
 Permanente da Pós-graduação Stricto Sensu
 da ENF/UERJ. Doutora em Enfermagem.
 E-mail: norval_souza@yahoo.com.br

Sheila Nascimento Pereira de Farias

Professora Associada do Departamento de
 Enfermagem de Saúde Pública da
 EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem.
 E-mail: sheilaguadagnini@gmail.com

Djynana de Azevedo Avena

Profissional de Nível Superior Sênior da
 Petrobrás na área de Enfermagem. Mestre
 em Saúde Coletiva na área de Política,
 Planejamento e Administração em Saúde.
 E-mail: djynana@yahoo.com.br

Marcia de Souza Silva

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de
 Enfermagem da Universidade do Estado do
 Rio de Janeiro - RJ, Brasil.
 E-mail: marciassouza2303@gmail.com

Anna Beatryz Marques Roque

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de
 Enfermagem da Universidade do Estado do
 Rio de Janeiro - RJ, Brasil.
 E-mail: annabeatrizroque@gmail.com

Submissão: 15/06/2020
 Aprovação: 23/12/2020

Como citar este artigo:

Almeida PF, Souza NVDO, Farias SNP, Avena DA, Silva MS, Roque ABM. Organização do trabalho hospitalar e a assistência ao paciente com doença oncopaliativa. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):308-317.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.308-317>

Introdução

O objeto deste estudo trata da organização do trabalho hospitalar e a problemática da assistência de enfermagem ao paciente com doença oncopaliativa. Este objeto emergiu da prática de enfermagem em unidades assistenciais destinadas ao cuidado a pacientes em situação cirúrgica, que insidiosamente foram mudando o perfil de internamento, admitindo cada vez mais pacientes oncopaliativos sem, no entanto, haver planejamento da organização do trabalho em relação à estrutura ambiental e à capacitação da equipe de enfermagem para atendimento a este tipo de paciente.

O trabalho é considerado um valor fundamental para o ser humano, pois exerce papel central na constituição da autorrealização, da subjetividade e da sociabilidade, além de contribuir na formação de identidade social, e prover renda e sustento, proporcionando alcance de metas e propósitos de vida¹.

Os vários significados que o trabalho possui para o ser humano refletem diretamente na sua condição biopsicossocial. Nesse sentido, quando o trabalhador interage com os meios pelos quais se processa a atividade laboral e com o ambiente em que é desenvolvido o trabalho, transforma-se e ressignifica seus valores, cultura e costumes. Além disso, o sentimento de pertencimento ao coletivo laboral e o reconhecimento profissional e social pela tarefa executada tem impactos na subjetividade e na saúde psicofísica do trabalhador. Neste sentido, o trabalho nunca é neutro em relação à subjetividade das pessoas e nem em relação ao processo saúde-doença².

Na perspectiva do adoecimento, sabe-se que a atividade laboral é capaz de gerar riscos à saúde, os quais podem estar relacionados à configuração da organização do trabalho. Entende-se como organização do trabalho um conceito amplo que envolve a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as modalidades de comando, as relações hierárquicas e de poder, e as repartições de responsabilidades³.

A organização do trabalho exerce uma ação particular sobre a pessoa trabalhadora, em especial, no aparelho psíquico. Tal organização pode gerar um desgaste intenso à saúde do trabalhador e prejudicar sua organização coletiva devido à intensa exigência de doação ao trabalho, conflitos nas relações profissionais, problemas de infraestrutura, desqualificação profissional, entre outros fatores⁴.

Corroborando, infere-se que quando a organização prescrita do trabalho está distanciada do contexto real da atividade laboral, há repercussões negativas para o trabalhador e para a qualidade da tarefa desempenhada. Por exemplo, quando as normas, os manuais, os protocolos assistenciais estão impedidos ou dificultados de serem cumpridos por falta de condições reais de trabalho, ou seja, escassez de material e/ou de pessoal, inadequação de estrutura física, verificam-se prejuízos para a qualidade do trabalho desenvolvido e sofrimento do trabalhador⁵.

Nesta perspectiva, desenvolver o trabalho em saúde não é tarefa fácil, pois caracteriza-se como complexo, fragmentado e multifacetado. Abrange a atuação profissional de pessoas com objetos de trabalho variados e que, desse modo, devem se complementar. Portanto, faz-se necessário a congregação de habilidades como: comunicação, empatia, trabalho em equipe, conhecimento técnico-

científico, com o objetivo maior de promover saúde, prevenir agravos, curar e reabilitar indivíduos⁶.

Para que o trabalho em saúde se desenvolva adequadamente, há de se estabelecer fluxos de atendimento e protocolos assistenciais; prover recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade apropriadas; determinar a demarcação de papéis e funções profissionais; e garantir estrutura física adequada para o desenvolvimento do cuidado. Nesse âmbito, a configuração da organização do trabalho e os fundamentos teóricos que a sustentam são fundamentais para que o processo de trabalho se desenvolva a contento, sem impactar negativamente na saúde dos trabalhadores e dos usuários do serviço.

O trabalho em saúde propicia ao trabalhador entrar em contato com outro corpo, com outra vida e sua complexidade. Esse contato traz desafios, pois além do trabalhador usar seus conhecimentos formais, técnicos e tácitos, carrega também seus valores, história, visão de mundo e, ao deparar-se não só com o corpo doente, mas com o sujeito adoecido e com sua família, é atingido em sua história, em suas emoções e suas identificações⁷.

No âmbito da atenção oncológica, o trabalhador da enfermagem, por ocupar a centralidade no cuidado, tem suas habilidades invocadas por usuários e familiares, fato que frequentemente é desgastante emocionalmente.⁷ Ademais, cuidar de pacientes oncológicos também se configura como tarefa complexa, pois envolve o estigma que permeia o câncer na sociedade; demanda utilização de tecnologias complexas e mobilização de conhecimento técnico-científico diferenciado e sua constante atualização; e ainda há a vivência muito próxima com o processo de morte e morrer destes pacientes⁸.

Os princípios básicos **do cuidado a pacientes com doença oncopaliativa envolvem:** fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado; não apressar ou adiar a morte; desenvolver um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença; oferecer um esquema de suporte para auxiliar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento, conforto e suporte ao luto⁹.

A enfermagem exerce um importante papel na assistência aos pacientes oncológicos, participando do processo de avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, cientes de que a prioridade não deve estar voltada apenas para o manejo da doença, mas também deve se estender ao ambiente construído ao seu redor.

Dependendo da configuração da organização do trabalho neste contexto assistencial, verificam-se resultados prejudiciais para os trabalhadores e para os pacientes. Assim, ambientes insalubres, longas jornadas de trabalho, déficit de pessoal e material, problemas de infraestrutura, desqualificação profissional e defasagem entre o trabalho prescrito e o real, podem gerar impactos negativos na qualidade do cuidado e na saúde dos trabalhadores⁵.

Considerando a contextualização sobre o objeto deste estudo, elaboraram-se os seguintes objetivos: identificar e analisar aspectos da organização do trabalho que impactam na assistência de enfermagem ao paciente com doença oncopaliativa.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro, com capacidade para 525 leitos. O campo de estudo foi, especificamente, três enfermarias cirúrgicas, caracterizadas por atenderem pacientes em períodos pré e pós-operatórios de cirurgia geral, cirurgia torácica e urologia.

Os participantes do estudo foram integrantes da equipe de enfermagem, perfazendo um total de 18 trabalhadores, sendo 3 enfermeiros, 4 residentes de enfermagem do segundo ano do curso e 11 técnicos de enfermagem.

Elencou-se como critério de inclusão na pesquisa, trabalhadores da equipe de enfermagem que atuassem nas enfermarias cirúrgicas há pelo menos um ano. Este recorte temporal fundamentou-se no princípio de que um ano de atuação, em um determinado contexto laboral, permite que o trabalhador se aproprie dos meandros da organização do trabalho e discorra com mais propriedade sobre ela.

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias e de licença no momento da coleta de dados, bem como residentes de enfermagem do primeiro ano, pois ainda estavam apreendendo as rotinas e as especificidades da organização laboral, podendo apresentar dificuldades para dissertar sobre a dinâmica do trabalho.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a agosto de 2018. Utilizaram-se técnicas de grupo focal e de observação participante para apreensão dos dados. Houve três encontros para realização destes grupos, cujos dias e horários das reuniões foram

agendados previamente com os integrantes do grupo. Cada encontro teve em média sete participantes e teve a duração de uma hora e trinta minutos.

As questões selecionadas para serem aplicadas no grupo focal foram: i) discorra sobre a vivência de cuidar de um paciente com câncer em tratamento paliativo; e ii) considera que seu ambiente de trabalho favorece o cuidado ao paciente com doença oncológica em tratamento paliativo?

O grupo focal é definido como uma estratégia na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, um grupo de pessoas que fazem parte do público-alvo da investigação. Seu uso é particularmente apropriado quando se objetiva explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem¹⁰.

Sobre a observação participante, realizaram-se 80 horas de diário de campo, guiado por um instrumento confeccionado para descrever as situações observadas relacionadas à apreensão do objeto de estudo. Por meio da observação, pretendeu-se retratar o cotidiano de trabalho em detalhes e associá-lo aos comportamentos que poderiam ser influenciados pelo cenário de trabalho dos participantes, com olhar atento para distinguir fatos corriqueiros daqueles de potencial importância para apreensão do objeto em questão.

Para tratamento dos dados coletados foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo de Bardin, buscando-se os “núcleos de sentidos” que estão inseridos em sua comunicação, cuja presença ou

frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido¹¹.

Aplicando-se os procedimentos determinados por esta técnica de análise, apreendeu-se a seguinte categoria: Organização do trabalho e o cuidado de enfermagem ao paciente oncopaliativo.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o nº 81886917.7.0000.5282. Após sua aprovação iniciou-se a coleta de dados, cujo período ocorreu nos meses de julho a agosto de 2018.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se de códigos, cuja letra “P” referia-se à participante, seguida de um numeral cardinal, o qual se relacionava com a ordem em que os participantes forneciam os conteúdos para a pesquisa.

Resultados

Organização do trabalho e o cuidado de enfermagem ao paciente oncopaliativo

Os participantes discorreram sobre os desafios vividos para cuidar de pacientes com doença oncopaliativa, e muitos deles se relacionavam com a organização do trabalho hospitalar e, em especial, com a configuração do trabalho nas unidades cirúrgicas. Desse modo, emergiram os seguintes aspectos: inadequações da estrutura física, condições inapropriadas para fornecimento de conforto aos pacientes, dificuldades no processo de comunicação da equipe, capacitação e treinamento profissional deficiente.

Considerando especificamente a questão das instalações, foi possível constatar que a estrutura física das três enfermarias cirúrgicas era inadequada e pouco funcional para a prestação de cuidados paliativos.

Vamos começar pela planta física. Hoje a planta física das enfermarias já não condiz

com a realidade dos hospitais modernos. Hoje em dia não existem mais enfermarias abertas com dez leitos onde o paciente não tem a sua privacidade. Então, quando você se defronta com o paciente em tratamento paliativo [...] ele fica dentro de uma enfermaria que é composta de dez, doze leitos sem nenhuma preservação das condições física e emocional destas pessoas (P8).

Não tem suporte em termos de estrutura. [...] não tem estrutura nenhuma a começar pelo oxigênio [O2], onde nem todas as saídas de O2 funcionam [...] é muito complicado porque a gente tem que correr atrás de tudo (P1).

Outra questão apontada em relação a estrutura física, foi a ausência de privacidade dos pacientes. A privacidade citada pelos participantes não se relacionava apenas à exposição do corpo nu, mas incluía a necessidade de um ambiente tranquilo que permitisse um repouso físico e mental dos pacientes.

[...] a enfermaria não tem preparo, é som alto, é televisão alta, cada um com seu aparelho de TV. Um ri, o outro brinca, o outro come e o paciente não pode fazer nada daquilo. [...] O paciente não tem nada na enfermaria que dê um pouco de descanso, privacidade, tudo que ele precisa naquele momento (P11).

Paciente em cuidado paliativo tem que ser mais preservado [...]. Eles querem privacidade. Às vezes o paciente está chorando de dor e o ambiente com certeza não é o ideal (P15).

Um ambiente com privacidade deveria ser o principal neste cuidado. Nós não temos porque a enfermaria é aberta, o paciente fica exposto a todos (P18).

Aspectos como equipamentos antigos, obsoletos e inoperantes (como a ausência de funcionamento de algumas saídas de oxigênio dos leitos), e espaços com ambientes insalubres foram destacados. Ademais, a questão do uso do banheiro dos pacientes como espaço concomitante do expurgo do setor foi destacada.

Tais situações foram verificadas durante a observação participante. Assim, a narrativa a seguir de um episódio possibilitou evidenciar essas inadequadas situações.

Ao auxiliar o paciente na ida até o banheiro, o profissional de enfermagem relatou a preocupação com o trajeto, pois o mesmo apresentava muita dificuldade em caminhar levando consigo o suporte de soro. Observou-se que o suporte era antigo, pesado, feito de ferro, além de não possuir rodas para fácil deslocamento. Além disso, o profissional comentou que o paciente havia questionado em qual pia lavaria as mãos. A dúvida se devia ao fato de que no mesmo espaço físico do banheiro havia a pia/expurgo do setor.

Em relação à oferta de conforto ao paciente, os participantes salientaram o incômodo causado pelo calor ambiental, uma vez que nem todas as enfermarias eram climatizadas. Além disso, destacaram que as acomodações das enfermarias não eram adequadas e nem aprazíveis para os pacientes.

Deixa um pouco a desejar na questão de ambiente. Poderia ser um pouco melhorado a questão da pintura, do chão, de tudo. O tudo que eu falo é o ambiente completo, pois não é porque o paciente está em cuidados paliativos que a gente pode deixar ele no ambiente que não traz nenhum tipo de conforto (P4).

Então o ambiente tem que ser diferenciado. A gente sabe muito bem que o conforto faz toda diferença [...] e ali não tem conforto (P6).

Para proporcionar comodidade e acolhimento aos pacientes em situação de terminalidade, a equipe de enfermagem deve realizar ações para seu conforto. E os participantes enfatizaram a necessidade da temperatura ambiente agradável; lençóis limpos; temperatura da água do banho conforme desejo e costume do paciente; mesa de cabeceira organizada e

limpa, com acesso fácil a seus objetos pessoais; banheiro de fácil acesso e higienizado; enfim, condições que proporcionem alívio e aconchego.

A gente às vezes vê a felicidade do paciente quando consegue tomar um banho no chuveiro e a gente sabe que aquele banho pode fazer toda a diferença. O conforto é muito importante, principalmente da temperatura ambiental, organização da unidade do paciente, lençóis limpos. (P6).

Durante as observações de campo, foi possível verificar a preocupação de uma técnica de enfermagem com o conforto de um paciente em tratamento oncopaliativo, internado na unidade. A profissional, após efetuar os cuidados de higiene no leito, queixou-se com os seus colegas de que o colchão possuía rasgos e salientou que aquele fato poderia estar causando dor e desconforto ao paciente. Ao ouvir de sua colega que não havia outro colchão em melhor estado para fazer a substituição, a técnica providenciou um colchão pneumático para sobrepor ao colchão do cliente, na tentativa de proporcionar conforto.

A relação de trabalho entre a equipe multiprofissional vai influenciar diretamente a assistência prestada ao paciente em cuidados paliativos. Nesse sentido, os participantes salientaram que a comunicação pouco eficaz entre os profissionais resulta no atraso em tomar decisões sobre a terapêutica e os cuidados a serem ofertados ao paciente. Além disso, ocasiona maior sofrimento ao paciente, pois há informações pouco claras sobre sua situação.

Eu percebo também que as equipes multiprofissionais elas não conversam entre si. Às vezes demoram muito tempo para estabelecer que o paciente é de tratamento paliativo e aquele paciente fica num processo de sofrimento contínuo [...] eu sinto essa falta

de comunicação entre as equipes e entre os plantões diários aqui no hospital (P3).

A questão da assistência é realmente a falta de comunicação. Cada médico adota uma conduta e essa comunicação acaba não passando para o resto da equipe [...] então a gente tem que correr atrás mesmo, saber se o médico vai fazer prescrição, ficar ligando. Por que isso? Porque é um paciente oncológico paliativo? (P4).

Outra situação apreendida nos grupos focais foi a questão da capacitação e treinamento da equipe para desenvolver o cuidado ao paciente com doença oncopaliativa.

Eu reparo que existem muitas dúvidas na própria equipe em relação ao cuidado com este paciente na fase paliativa [...] a equipe não está preparada para esses cuidados e eu também não me sinto preparada (P5).

O que me incomoda é inexperiência dos profissionais em relação a atender o paciente em estado paliativo, porque as pessoas não têm essa visão do conforto e de como conduzir esses casos (P14).

Discussão

Por meio da fala dos participantes e da observação participante efetuada nas unidades-cenários desta pesquisa, foi possível constatar que a estrutura física é inadequada e nada funcional para a prestação de cuidados paliativos.

Para além de um cuidado focado exclusivamente na assistência direta ou em procedimentos, o atendimento ao paciente com câncer em tratamento paliativo, deve contemplar ações paralelas e integradas, desenvolvidas para melhoria das condições de infraestrutura, seja das instalações físicas ou dos equipamentos para atender esta clientela¹². Como se observou neste estudo, o ambiente do expurgo não está nos padrões

recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 50/2002 define sala de utilidades ou expurgo como o ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente, assim como serve de local de guarda temporária de resíduos. Deve ser dotada de pia e/ou esguicho de lavagem e de pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75mm no mínimo¹³.

Nesta perspectiva, a configuração física e funcionalidade da sala de expurgo não foi observada durante a coleta no campo, e salienta-se que foi sistematicamente enfatizada como ruim e inadequada durante os grupos focais, logo, indo contra o preconizado.

O mau funcionamento das redes de oxigênio hospitalar também recebeu destaque na opinião dos participantes. O abastecimento adequado deste gás medicinal é de extrema importância, pois a falta de ar é um sintoma, de origem multifatorial, bastante comum em pacientes na fase final de vida e ocorre em torno de 30% a 75% dos doentes em cuidados paliativos. As possibilidades de terapias farmacológicas são muitas, considerando sempre o fator desencadeante. Todavia, concomitante aos fármacos e medidas de conforto, o uso de oxigênio suplementar é frequentemente necessário¹⁴.

Outra questão levantada a respeito da infraestrutura trata da ausência de privacidade do paciente. A privacidade não se relaciona somente à exposição do corpo ou genitália, mas também se refere ao contexto emocional, bem como à confidencialidade de informações pessoais de cada

indivíduo. Com isso, a equipe de enfermagem deve ter conhecimento sobre as questões que envolvem a privacidade do paciente, já que preservar a dignidade e a privacidade é um dos princípios do cuidado paliativo, que fundamentam esse modelo assistencial, além de ser um dever do profissional de enfermagem, estabelecido no art. 43 da Resolução nº 464, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁵.

O paciente em cuidados paliativos tem corpo e mente vulneráveis e, expostos em tal contexto, logo são precípuos os enfoques à privacidade e à preservação de um ambiente calmo e harmonioso. Nesta perspectiva, verificou-se que a organização do trabalho precisa considerar esta condição especial e diferencial, na qual o paciente está passando por um processo de finitude da vida e minimamente devem-se respeitar as reflexões e as inquietações que ele vivencia durante este processo.

Problemas estruturais foram relatados ainda no que se refere ao conforto do paciente em cuidados paliativos. Para proporcionar o bem-estar deste paciente, a equipe de enfermagem está ciente que precisa realizar ações para confortar e humanizar o ambiente, mobilizando esforços para proporcionar o máximo de conforto ao paciente, permitindo-lhe ter qualidade de vida quando não há possibilidade de crescer quantidade¹⁶.

Outro ponto de destaque foi a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, pois esta exerce influência direta na assistência prestada ao paciente em cuidados paliativos. Comunicação é uma palavra derivada do termo latino *communicare*, que significa “partilhar, participar algo, tornar comum”. A dificuldade dos profissionais de se expressarem com seus colegas de trabalho é uma barreira para a

interação e o trabalho em equipe. Ademais, a comunicação ineficaz pode repercutir em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis, pois, se a mensagem não é transmitida ou não é efetuada com clareza, há a probabilidade de desenvolver a tarefa laboral de forma equivocada e indevida¹⁷.

O despreparo dos profissionais para prestar assistência aos pacientes em cuidados paliativos também foi apontado como fator relevante, pois aqueles carecem de capacitação para proporcionarem uma assistência de qualidade. Em estudo efetuado anteriormente, verificou-se a necessidade de, durante a formação profissional, desenvolver habilidades específicas para o cuidado integral, holístico e humanizado ao paciente fora de possibilidade de cura, sendo necessário um melhor entendimento da equipe multiprofissional sobre os princípios do cuidado paliativo como filosofia para prover qualidade em sua assistência¹⁸.

Pensando em tratar a doença na perspectiva da cura, muitos profissionais afastam-se do foco do cuidado paliativo, que é o controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Os princípios básicos deste cuidado visam melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família por meio da identificação e do alívio da dor, sem acelerar ou retardar a morte, considerando-a como um processo natural. Também é primordial proporcionar o cuidado nos aspectos psicológicos, espirituais e emocionais do paciente e de sua família. Deste modo, o cuidado deve ser individualizado, de acordo com a singularidade e a necessidade de cada paciente^{19,20}.

Considerações Finais

A análise dos dados permitiu evidenciar que a configuração da organização do trabalho impacta negativamente na assistência ao paciente com doença oncopaliativa, pois a estrutura física inapropriada resulta em desconforto para os pacientes e incômodos para os trabalhadores, uma vez que faltam condições mínimas para o bom desenvolvimento do trabalho. Destacam-se a climatização inadequada do ambiente, equipamentos precários e ausência de insumos relevantes para assistir este tipo de paciente.

Outrossim, constatou-se que tal organização laboral não investe na capacitação e no treinamento do seu corpo de trabalhadores, onde há desconhecimento e despreparo técnico para o cuidado ao paciente oncopaliativo, o qual demanda habilidades cognitiva, afetiva e psicomotora diferenciadas devido à problemática complexa que envolve o câncer, sobretudo quando em estágio paliativo.

Também se apreendeu obstáculos na assistência por conta de comunicação pouco eficiente. Salienta-se que um importante indicador de bons resultados no processo de trabalho é a comunicação eficaz, principalmente nos serviços de saúde, onde há uma complementariedade de ações entre os diversos profissionais que atuam neste espaço. Assim, se há falhas na comunicação, existe alto potencial para ocorrer eventos adversos no processo laboral, impactando negativamente na qualidade do cuidado.

A contribuição deste estudo situa-se em evidenciar que as características da organização do trabalho podem incidir negativamente na qualidade do cuidado prestado. Além disso, o conteúdo analisado permitiu refletir sobre a complexidade que

envolve o cuidado a pacientes com doença oncopaliativa e, portanto, carece de investimentos da organização do trabalho na capacitação dos trabalhadores e em estrutura física apropriada.

Referências

1. Neves DR, Nascimento RP, Felix MS Jr, Silva FA, Andrade ROB. Meaning and Significance of work: a review of articles published in journals associated with the Scientific Periodicals Electronic Library. Rio de Janeiro: Cad EBAPE BR. 2018; 16(2):318-330.
2. Siqueira ASA, Teixeira ER. Oncological paliative care and its psychic influences in the perception of nurses. REME: Rev Min Enferm. 2019; 23:e-1268.
3. Souza NVDO, Pires AS, Gonçalves FGA, Tavares KFA, Baptista ATP, Bastos TMG. Nursing Education and the Workplace: Perceptions of Nursing Graduates. Aquichan. 2017; 17(2):204-216.
4. Silva MP, Bernardo MH, Souza HA. Relationship between Mental Health and Work: unionists' conception and possible confrontation practices. Rev Bras Saúde Ocup. 2016; 41:e23.
5. Pinheiro FPHA, Costa MFV, Melo PB, Aquino CAB. Clinic of Activity: concepts and theoretical foundations. Arq Bras Psicol. 2016; 68(3):110-124.
6. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1525-34.
7. Fonseca MLG. Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
8. Oliveira DAS, Cavalcante LSB, Carvalho RT. Feelings of patients in palliative care about corporal modifications caused by cancer. Psicol Cienc Prof. 2019; 39:e176879.
9. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>.

10. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 16. ed. Rio de Janeiro: Atlas. 2016.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70. 2011.
12. Schimiguel J, Cenciarelli EA, Nunes LC, Lucena AMF, Nosow V. The reception of cancer patients: a literature review. *Saúde Rev.* 2015; 15(39):47-57.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação, elaboração de projetos físicos de EAS. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>.
14. Vicensi MC, et al. Enfermagem em cuidados paliativos. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial. 2016; 60.
15. Conselho Nacional de Enfermagem. Resolução nº 564, de 5 nov. 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF. 2017.
16. Moreira D. Oncological patient in terminal phase: palliative care as a measure of comfort. *Rev Equilíbrio Corporal Saúde.* 2017/2018; 9/10:32-8.
17. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(3):636-640.
18. Goi MG, Oliveira DR. Production of nursing knowledge about palliative care: narrative review. *Rev Contexto Saúde.* 2018; 18(34):20-26.
19. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Bioethical reflections about the promotion of palliative care for elderly. *Saúde Debate.* 2016; 40(108):170-177.
20. World Health Organization (WHO). World wide palliative care alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. January, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf>.