

El trabajo nocturno de la enfermería en el cuidado paliativo oncológico¹

Marcelle Miranda da Silva²
Marleá Chagas Moreira³
Joséte Luzia Leite⁴
Alacoque Lorenzini Erdmann⁵

Objetivo: comprender el significado atribuido por los enfermeros y técnicos de enfermería acerca del trabajo nocturno en el contexto de las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico, y también el modo de trabajo de la enfermería en el intento de atender a las necesidades de los clientes y cuidadores en este período. **Método:** estudio exploratorio, cualitativo, que utilizó la Grounded Theory (Teoría Fundamentada en los Datos). Fueron entrevistados siete enfermeros y cuatro técnicos de enfermería, incluidos en dos grupos de muestreo. Fueron generadas nueve categorías y, en el análisis de contenido de las mismas, comparativamente, fue evidenciado un conocimiento de destaque, con implicaciones en el trabajo nocturno de la enfermería. Tales aspectos fueron discutidos en el presente estudio en dos de las categorías, a saber: describiendo la práctica para comprensión de la gestión del cuidado de enfermería y indicando las dificultades de la práctica y gestión del cuidado de enfermería. **Resultados:** los resultados evidencian la complejidad del contexto en el trabajo nocturno, considerando el cuadro clínico de los clientes y la demanda psicológica de estos y de sus cuidadores, principalmente debido a la amenaza de la muerte. **Conclusión:** el equipo busca atender a tales necesidades a partir de la comunicación, pero evidencia carencia de los servicios asistenciales y sobrecarga. La interdisciplinariedad es una premisa del cuidado paliativo, a favor de la integralidad, y no se la puede ignorar en el trabajo nocturno, lo que demanda atención e inversiones para el desarrollo de mejores prácticas.

Descriptores: Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica; Trabajo Nocturno.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica", presentada a la Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondencia:

Marcelle Miranda da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery
Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova
CEP: 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: mmarcelle@ig.com.br

Introducción

El cuidado paliativo abarca un conjunto de cuidados activos y totales que visan mantener el confort y la calidad de vida de la persona acometida por una condición crónica que amenaza su vida, como el cáncer. Tales acciones se basan en la aproximación interdisciplinaria, de manera a atender a las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales de la persona y de su familia⁽¹⁾.

En la esfera mundial, se trata de un modo de cuidar contemplado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y requiere inversiones en Brasil ante la representatividad epidemiológica del cáncer y de la importante transición demográfica, con el envejecimiento de la población. Así, este modo de cuidar, de acuerdo con la política mundial, está contemplado en el escenario brasileño de atención a la salud a través de la Política Nacional de Atención Oncológica, e integra las prioridades de investigación del Ministerio de la Salud⁽²⁻³⁾.

En la gestión de la enfermedad oncológica, la fase del cuidado paliativo es caracterizada por la inestabilidad emocional y clínica del cliente, con exacerbación de síntomas que empeoran la calidad de vida, lo que puede representar el proceso complejo de morir y de la muerte. En esta fase, en muchas situaciones, el cliente necesita ser hospitalizado, y el hospital puede acabar siendo el local del óbito, aunque muchas veces pueda no ser el local más adecuado para el cuidado al final de la vida, en defensa de la atención domiciliar como principal modalidad de atención.

En Brasil, la mayoría de los cuidados al final de la vida son prestados en el hospital, en detrimento del número limitado número de equipos de salud capacitados para atender a esos clientes en el contexto de la atención básica. Aunque este nivel de atención cuenta con programas específicos de atención domiciliar, siguiendo el modelo de gestión del Sistema Único de Salud (SUS), datos del 2010 divulgados por el DataSUS muestran que el hospital es el principal local para la ocurrencia del óbito, alcanzando el 80% de los casos en las muertes por cáncer⁽⁴⁾.

En la hospitalización, la enfermería es la que más se dedica en el cuidado al cliente y sus cuidadores, ya que permanece 24 horas presente⁽⁵⁾. En el cuidado paliativo, el turno nocturno puede representar la proximidad de la muerte, desencadenando en los clientes pavor y trastornos psicológicos y espirituales. Sin embargo, en las enfermarías de muchas instituciones hospitalarias, en este turno falta la presencia de integrantes del equipo de salud. Sin embargo, la atención a tales necesidades, que contribuyen al empeoramiento del cuadro clínico del cliente, exige acción inmediata, ya que tales esferas del

cuidado son fundamentales en esa fase de la experiencia humana.

Ante esa real necesidad, el estudio fue estructurado en el hipótesis: la ausencia de los demás profesionales del equipo de salud en las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico durante el trabajo nocturno quita el carácter al modo de cuidar. Tales necesidades deben ser atendidas inmediatamente, y no pueden aguardar la transferencia de guardia la próxima mañana. Así, ante la urgencia, la enfermería busca atenderles como posible, pero vive dificultades prácticas relacionadas con la falta de servicios asistenciales⁽⁶⁾. Así, el estudio fue nortado por las siguientes cuestiones: ¿cuál el significado atribuido por los enfermeros y técnicos de enfermería acerca del trabajo nocturno en el contexto de las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico? ¿Cómo estos profesionales desarrollan el trabajo nocturno en la ausencia de los demás profesionales del equipo de salud en este contexto?

El estudio objetivó comprender el significado atribuido por los enfermeros y técnicos de enfermería acerca del trabajo nocturno en el contexto de las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico, y también el modo de trabajo de la enfermería en el intento de atender a las necesidades de los clientes y cuidadores en este período. Se justifica por la necesidad de provocar una reflexión acerca de las reales necesidades del trabajo nocturno en las enfermarías clínicas, considerando el modo de cuidar en el cuidado paliativo oncológico, basado en las premisas de integralidad e interdisciplinariedad, además de contribuir a la organización de espacios de trabajo sanos para la enfermería en ese contexto.

Método

Estudio exploratorio con aproximación cualitativa, parte de la tesis de doctorado intitulada "La gestión del cuidado de enfermería en la atención paliativa oncológica". El estudio exploratorio tiene como finalidad conocer la realidad tal como se presenta, mediante su delimitación, del estudio bibliográfico, de entrevistas con personas que vivieron o viven las experiencias prácticas, y de la lectura y análisis de documentos. Y la elección del tipo de aproximación deriva de la producción de resultados no alcanzables por procedimientos cuantificables⁽⁷⁻⁸⁾.

Fue utilizado el referencial metodológico de la Grounded Theory (GT), conocido como Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Mediante este método, se busca fundamentar conceptos en datos extraídos de las realidades, involucrando sujetos en interacciones constantes⁽⁸⁾.

En la TFD, la recolecta y el análisis de los datos son realizados simultáneamente, caracterizando el análisis comparado. El análisis es estructurado por procesos de codificación: el primero se refiere a la codificación abierta, que busca los códigos preliminares a partir del análisis línea por línea de los datos brutos, que serán el bloco de construcción de las categorías y subcategorías; el segundo se refiere a la codificación axial, cuando son definidas y agrupadas las categorías y subcategorías; y, por último, ocurre la codificación selectiva, cuando se usan los elementos del modelo paradigmático para interconectar las categorías y revelar el fenómeno central del estudio⁽⁸⁾.

El modelo paradigmático busca integrar la estructura y el proceso. Los datos codificados son ordenados e interconectados, considerando las condiciones estructurales y el proceso, relacionados con acciones e interacciones en el tiempo, en el espacio, con personas, organizaciones y sociedades, respondiendo a los problemas. Componen las condiciones estructurales las condiciones causales, el contexto y las condiciones intervinientes, que responden a las preguntas: por qué, donde, de qué forma y cuando. El proceso concentra las estrategias de acción-interacción y las consecuencias. Las estrategias pueden ser individuales o colectivas y significan acciones ante los problemas. Y las consecuencias representan los resultados alcanzados o expectativas⁽⁸⁾.

Los datos fueron recolectados en las enfermarías clínicas del *Hospital do Câncer IV (HC-IV)*, que trata de la unidad especializada en cuidado paliativo oncológico del *Instituto Nacional de Câncer (INCA)*, ubicada en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Son cuatro enfermarías, con catorce lechos cada. En el período nocturno, y también en los fines de semana y feriados, hacen parte del equipo de enfermería dos enfermeros, cada uno responsable por dos pisos, y tres a cuatro técnicos de enfermería por piso, y ambos cumplen la carga horaria de 40 horas semanales. Durante los días útiles, cada piso tiene también un enfermero diarista.

Participaron del estudio once sujetos, en dos grupos de muestreo, siendo uno con siete enfermeros y otro con cuatro técnicos de enfermería. La recolecta de datos fue interrumpida con este número de sujetos debido a la saturación de los mismos, a partir del momento en que los testimonios no ofrecieron nuevas informaciones relevantes a la investigación. Además, se destaca la contribución del método comparativo de la TFD a la saturación teórica.

Los sujetos cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser profesional de enfermería con vínculo profesional con la Institución y estar actuando en la enfermería clínica durante al menos seis meses. Durante el período de recolecta de datos, una enfermera no cumplió

con el criterio correspondiente al tiempo de experiencia, una practicaba la función de enfermera diarista y estaba alocada en otro sector, y cinco técnicos de enfermería no aceptaron participar en el estudio.

No fue establecida como criterio de inclusión la actuación exclusiva durante el período nocturno, ya que se trata de un estudio parte de una tesis de doctorado sin ese enfoque en su objeto. Sin embargo, la particularidad del trabajo nocturno se destacó como uno de los factores que dificultan la gestión del cuidado de enfermería. Se debe destacar que todos los sujetos, independiente de la escala de guardia pre-establecida, practican o ya practicaron actividades por la noche, sea debido a complementaciones de carga horaria o cambios de guardia entre los pares.

Todos firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, cumpliendo con los aspectos éticos de la Resolución del Consejo Nacional de Salud 196/96. El estudio fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación del INCA, con parecer nº 45/10.

Los datos fueron recolectados entre octubre del 2010 y febrero del 2011. La técnica utilizada fue la entrevista semi-estructurada, conducida por un guión. En el presente estudio, se destacaron las preguntas: ¿cuál el significado atribuido por Ud. acerca del trabajo nocturno en el contexto de las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico? ¿Cómo Ud. Desarrolla su trabajo en este período para atender a las necesidades del cliente y de su cuidador?

Cada entrevista fue grabada en aparato digital y transcrita por completo. Esta etapa fue cumplida para cada entrevista, en un proceso cíclico y dinámico entre recolecta y análisis de datos, en una constante comparación e interacción entre los datos brutos y los códigos producidos.

Fueron identificadas nueve categorías, norteadas principalmente por los testimonios de los enfermeros, a saber: comprendiendo la gestión del cuidado de enfermería; describiendo la práctica para comprensión de la gestión del cuidado de enfermería; dialogando con el cuidador; atendiendo a las necesidades del cliente hospitalizado; trabajando en equipo; trazando el flujo de atención en la unidad de internación; indicando las dificultades de la práctica y gestión del cuidado de enfermería; reconociendo los elementos que constituyen la práctica de la gestión del cuidado de enfermería; y manifestando el ser enfermero/técnico de enfermería que cuida y necesita ser cuidado.

En el análisis de contenido de las categorías, y en el proceso de interconexión para revelación del fenómeno central, a partir del análisis comparado, fue evidenciado un conocimiento de destaque, con implicaciones en la

gestión del cuidado de enfermería en el turno nocturno. Tales aspectos, que configuran condiciones causales e intervinientes, con destaque importante en el modelo teórico generado, fueron discutidos en el presente estudio en dos de las categorías, siendo: describiendo la práctica para comprensión de la gestión del cuidado de enfermería, e indicando las dificultades de la práctica y gestión del cuidado de enfermería.

La discusión de los datos fue basada en la contribuciones de la ciencia de la complejidad, por Edgar Morin, de las premisas de los cuidados paliativos, y de los autores que discuten la temática en el área de conocimiento de la enfermería.

Resultados

La experiencia media en las enfermarías clínicas de los once sujetos fue de siete años, siendo el menor período de un año y el mayor de dieciséis años, lo que demuestra gran experiencia práctica del grupo.

Los aspectos que reúnen las principales respuestas relacionadas a las preguntas del estudio fueron trabajados en dos categorías, que hacen parte del modelo teórico construido en la tesis, con base en el principio dialógico de la complejidad.

El modelo teórico es una teoría substantiva, representando una dada realidad, que requiere investigaciones adicionales para ser aplicado de manera generalizada, y abarca: los enfermeros administran el cuidado de enfermería en el cuidado paliativo oncológico en la atención a las necesidades de la persona hospitalizada y de su cuidador, mediante la valorización del desarrollo de aptitudes para alcanzar los objetivos de cuidado, para componer el nuevo orden en el escenario, ante las relaciones dialógicas orden/desorden, vida/muerte, y para vencer las dificultades relacionadas con los límites personales, colectivos e institucionales.

Retratando la realidad investigada, los límites institucionales evidencian fuertemente los problemas del trabajo nocturno relacionados a la ausencia de los demás miembros del equipo de salud y al déficit de recursos humanos en la enfermería. En tales condiciones, la inminencia de la muerte y los trastornos psicológicos y espirituales de los clientes pueden ser más difíciles de ser administrados por la enfermería, causando sobrecarga y contribuyendo a la expresión de los límites individuales y colectivos, en un lidiar cotidiano con el sufrimiento y el dolor.

En la búsqueda de atender a las demandas de los clientes y familiares, muchos profesionales de enfermería necesitan desarrollar aptitudes, particularmente para la

comunicación. Y la referencia a la dialógica orden/desorden en la gestión de cuidado es directamente influenciada por la fuerte amenaza de la muerte, somatizada por el pavor nocturno que siente el cliente. Así, se valoriza la complejidad del contexto retratado en el fenómeno central: administrando el cuidado de enfermería en el cuidado paliativo oncológico en la atención a las necesidades de la persona hospitalizada y su cuidador, valorizando el cuidar y su complejidad.

En la categoría Describiendo la práctica para comprender la gestión del cuidado de enfermería, identificada como condición causal, los enfermeros comprenden la práctica profesional a partir de la descripción de lo que se hace, abarcando la subcategoría Relatando el proceso de trabajo del enfermero en los servicios diurno y nocturno. En la categoría Indicando las dificultades de la práctica y gestión del cuidado de enfermería, identificada como condición interviniente, las subcategorías relevantes para el estudio abarcan: Practicando diversas acciones sin la presencia de los demás integrantes del equipo interdisciplinario; Destacando como problema el déficit de recursos humanos en la enfermería; y Viviendo los cambios físicos y psicosociales sentidos por los clientes y cuidadores a corto, medio y largo plazo.

El equipo de enfermería destaca el perfil de los clientes como un factor que aumenta la probabilidad de problemas por la noche, y que serían mejor administrados se contara con la colaboración de los demás profesionales del equipo de salud. Esta problemática está descrita en el siguiente testimonio: *por la noche la demanda psicológica es muy grande, sea involucrando al paciente o familiar; y no tenemos el psicólogo a esta hora; Entonces, administro el cuidado no como considero ideal, pero como logro hacer, para no dejar de atender a las necesidades del paciente* (Enfermero 01).

El evento de la noche, por sí sólo, contribuye a la exacerbación del miedo de la muerte, debido al pavor nocturno que sienten muchos clientes, lo que puede contribuir para somatizar síntomas físicos. La conjunción de estos factores desencadena sentimientos negativos en el cuidador, que puede vivir el miedo, la ansiedad, la impotencia y el luto anticipado por la pérdida del ser querido. *Durante el día, cuando el familiar necesita de apoyo psicológico, el psicólogo es prontamente comunicado, y el enfermero siempre está estableciendo ese eslabón, señalando a otros profesionales de acuerdo con la demanda, pero por la noche eso no es posible, lo que hace las cosas difíciles. En este caso, nosotros somos los responsables y necesitamos ser los psicólogos, los asistentes sociales, entonces está muy difícil. Y, en verdad, es por la noche que pasa todo* (Enfermero 01).

En ese sentido, el equipo de enfermería, destacando el enfermero, tiene de practicar diversas acciones en el

trabajo nocturno para atender a las necesidades de los clientes y sus cuidadores. Y el enfermero busca *actuar de la mejor forma posible, cuando, por ejemplo, el familiar esté emocionalmente desestructurado por causa de la pérdida, por causa de la vivencia del luto anticipado, pero no estará tan bien instrumentalizado como el psicólogo, que fue preparado para eso* (Enfermero 07).

La necesidad de intervenir rápidamente para administrar diferentes problemas que involucran al ser humano y su finitud contribuye a la sobrecarga física y emocional de los profesionales de enfermería. En sus testimonios, tales profesionales expresan la importancia del trabajo en equipo, de manera que las demandas asistenciales y organizacionales puedan ser atendidas de la mejor manera posible. Por la noche, la relación de colaboración entre el equipo es fortalecida, considerando la reducción en el número de enfermeros cuando comparado al período diurno. *En el servicio nocturno, hay un enfermero para dos pisos de las enfermarías clínicas. Entonces, está difícil incluso para administrar mejor ese cuidado. Así, necesito confiar en el equipo técnico, porque no somos omnipresentes y omniscientes, pero tenemos de ser, e eso pasará a partir del trabajo en equipo. Entonces, necesito confiar en ellos* (Enfermero 01).

El número reducido de enfermeros por la noche puede contribuir a un posible impacto negativo en la calidad de la atención de enfermería. En sus testimonios, los técnicos de enfermería destacaron que: *en la guardia nocturna sentimos la necesidad de la presencia del enfermero, y también de los otros profesionales del equipo. Cuando estamos con una situación complicada, a veces tenemos de llamar al médico, y el enfermero puede estar en otro piso. Pero eso pasa debido a la falta de funcionario. Creo que serían necesarios otros profesionales por la noche, tales como el asistente social y psicólogo, para dar soporte, porque la enfermería acaba por practicar esas funciones en la atención, por ejemplo, cuando el paciente fallece* (Técnico de enfermería 09).

Por la noche, la presencia del médico ocurre por pedido, o sea, ante un problema, el mismo, de guardia en el sector de emergencia, es solicitado por la enfermería mediante contacto telefónico. Esta condición también fue identificada como un problema que interfiere en la dinámica del trabajo enfermero. *Sería muy bien si tuviera un médico sólo para el sector, porque cuando hay un problema, aunque intenta venir rápido, tenemos de esperar un poco, estar llamándole, y eso causa ansiedad en la familia, que pasa al equipo, que acaba por absorber la sobrecarga emocional. Cuando hay un fallecimiento, y la familia se queda ansiosa, la enfermería tiene de hacer muchas cosas, tales como preparar el cuerpo, amparar la familia e intentar controlar la situación. Alguien de guardia por la noche para hacer todo eso con nosotros sería muy bien* (Técnico de enfermería 11).

Los problemas que amenazan la vida del cliente deben recibir intervención inmediata por profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario, para que el cuidado sea integral y extensivo al cuidador. El enfermero, en el ámbito de sus acciones gerenciales, actúa como articulador, negociador e intermediador de las intervenciones a favor del trabajo en equipo. Sin embargo, *por la noche sólo se puede contar con el equipo de enfermería, y no es posible tener contacto con los demás miembros del equipo de salud, lo que dificulta la articulación con los mismos* (Enfermero 02).

En algunas ocasiones, tales demandas de cuidado no pueden aguardar el momento de cambio de turno, y es la enfermería que busca actuar en *colaboración para que todo quede bien* (Técnico de enfermería 10).

Discusión

El éxito del cuidado paliativo a favor del confort, de la calidad de vida y de la dignidad humana en el proceso de finitud proviene del empeño y de la conjunción de saberes y haceres del equipo interdisciplinario. Sin embargo, en el trabajo nocturno en la enfermería clínica investigada, la realidad es quitada de las características de ese modo de cuidar, ya que la enfermería actúa de manera aislada, sin red de colaboradores, sufriendo con la sobrecarga física y emocional.

La interdisciplinariedad es el punto de partida para la integralidad en el cuidado paliativo. Trata de la interacción entre dos o más disciplinas, buscando superar la fragmentación del saber/hacer, que en el campo de la salud se remete a la fragmentación del ser humano, y también cualificar la atención prestada⁽⁹⁾. En el contexto de la complejidad, la interdisciplinariedad busca al mismo tiempo separar y asociar, comunicar los saberes científicos, y arraigar la esfera antropológica en la esfera biológica, mediante la contextualización, indo más allá de los aspectos físicos de la enfermedad, contra la énfasis en el modelo biomédico/cartesiano⁽¹⁰⁾.

La gran demanda de trabajo relacionada a la complejidad del contexto del cuidado paliativo, ante la inestabilidad clínica de los clientes y la posibilidad de la muerte, que puede aumentar por la noche, evidenciando problemas que comprometen múltiples dimensiones, exige que el trabajo del equipo de enfermería sea desarrollado a partir de la cooperación, vigilancia y dinámica, en el desempeño de acciones diversas sin la presencia de los demás miembros del equipo de salud. Sin embargo, ese grado de exigencia, sumado al déficit de recursos humanos en la enfermería por la noche, puede comprometer la salud de estos profesionales y la calidad de la atención, ya que las demandas psicoemocionales de

los clientes y cuidadores son grandes y hay límites en el campo de las atribuciones que demandan como acción del enfermero el encaminamiento al profesional del equipo instrumentalizado para esas acciones de cuidado.

Respecto al déficit de recursos humanos, se debe destacar que, considerando los criterios de la Resolución nº 293/2004⁽¹¹⁾ del Consejo Federal de Enfermería para el dimensionamiento del cuadro de profesionales de enfermería, es difícil encuadrar las exigencias del cuidado paliativo, lo que revela la necesidad de reconsideraciones que valoricen características de dependencia y necesidades de esos clientes y sus familiares. Varios factores contribuyen a la lógica del dimensionamiento de recursos humanos de enfermería en las instituciones hospitalarias, como el capitalismo, que visa a la productividad y al menor coste, contra los principios que rigen políticas públicas y algunos modelos asistenciales⁽¹²⁾.

En el intento de atender a las necesidades de los clientes y cuidadores, la principal aptitud a ser desarrollada por los profesionales de enfermería es la comunicación. Esta es uno de los pilares del cuidado paliativo y necesita ser desarrollada por todos los profesionales de salud, independiente del área de formación básica⁽¹³⁾. Sin embargo, además de la comunicación, los preceptos del cuidado paliativo incluyen la interdisciplinariedad, que no se puede ignorar durante el período nocturno en los más diferentes escenarios donde personas viven el final de la vida.

Sentimientos negativos y preocupaciones pueden afectar al cliente en cuidado paliativo, tales como el miedo, la muerte, el sufrimiento, la soledad y las relaciones familiares que se quedan⁽¹³⁾. En la hospitalización, en un ambiente despersonalizado, y en su mayoría con peor condición clínica, todo se puede agravar, especialmente por la noche, desencadenando el pavor nocturno, que demanda un tipo de intervención que pasa por la comunicación y escucha activa y que demanda tiempo y dedicación del enfermero, aunque esté sobrecargado.

Como estrategia para lidiar con las dificultades de la práctica de enfermería en el período nocturno, los enfermeros evidenciaron la relación de confianza necesaria y el espíritu de equipo. En la dimensión gerencial, tal estrategia remete al liderazgo participativo, que abarca una visión contemporánea del liderazgo como una forma de trabajo que valoriza las experiencias y los recursos potenciales de los miembros del equipo, lo que demanda competencia relacional, además de las acciones de compartimiento y complementariedad entre los pares que apoyan la toma de decisión en un turno sin la presencia de las jefaturas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Así, el liderazgo participativo es una estrategia importante, sobretodo en el período nocturno, ante

la integración necesaria para la gestión del cuidado de enfermería. Sin embargo, diferente de algunas realidades mostradas en investigaciones^(6,15), que indican la tranquilidad del período nocturno como un factor que facilita las acciones y la planificación del cuidado, con la menor circulación de personas, en el cuidado paliativo las posibles alteraciones en los cuadros clínicos y los trastornos psico-emocionales de los clientes en este turno fueron apuntados como factores que dificultan tales acciones y demandan mayor apoyo de servicios asistenciales.

El liderazgo participativo es capaz de transformar la toma de decisión en concepciones colectivas, que fortalecen el grupo. Sin embargo, al actuar prácticamente de manera aislada por la noche, se muestra que, en la realidad investigada, el déficit en el número de enfermeros particularmente puede comprometer esta práctica, considerando que testimonios de técnicos de enfermería expresan la necesidad de contar con la presencia del enfermero a tiempo completo.

Varios son los retos para la práctica del cuidado paliativo, que todavía carece de inversiones, ya que un gran número de personas todavía no recibe atención adecuada al final de la vida⁽¹⁶⁾. Sin embargo, su principio básico ha evolucionado, con avances políticos y bioéticos, siendo una necesidad fundamental, y que puede representar menor coste. Este modo de cuidar debe ser la responsabilidad de todos los profesionales de salud, y también del cliente y cuidadores. Un único profesional no logra atender a todas las necesidades en esas circunstancias de la vida, ya que el cuidado es continuo, y la muerte se presente en una dialógica constante entre certidumbre e incertidumbre, pudiendo llegar a cualquier momento, incluso por la noche.

Consideraciones Finales

A partir de las categorías seleccionadas, o sea, Describiendo la práctica para comprender la gestión del cuidado de enfermería e Indicando las dificultades de la práctica y gestión del cuidado de enfermería, los resultados revelaron que el contexto de las enfermarías clínicas de cuidado paliativo oncológico es complejo, especialmente en el turno nocturno, ante la inestabilidad del cuadro clínico de los clientes y la gran demanda psicológica de estos y de sus cuidadores, principalmente debido a la amenaza de muerte.

El equipo de enfermería busca atender a tales necesidades, lo que demanda el desarrollo de aptitud para la comunicación y escucha activa. Sin embargo, evidencia la falta de servicios asistenciales y la sobrecarga física y psicológica. El trabajo se desarrollo a partir de la valorización de los recursos potenciales de los miembros

del equipo de enfermería, la relación de confianza y la competencia relacional.

El cuidado paliativo se basa en las premisas de integralidad e interdisciplinariedad, lo que no puede ser ignorado en el período nocturno en los más diferentes escenarios donde las personas viven el final de la vida. A partir de esta investigación, se pudo evidenciar que el turno nocturno en el cuidado paliativo es diferente de otros contextos, que indican la tranquilidad como facilitador de las acciones y de la planificación del cuidado.

En el ámbito general, este modo de cuidar exige atención e inversiones de la parte de los gestores para proveer recursos adecuados a favor de mejores prácticas en el cuidado paliativo. Se trata de un desafío del sistema de salud, siendo importante la discusión y divulgación del tema, como objeto de interés de nuevas investigaciones científicas en los diversos campos de conocimiento del área de la salud.

Referencias

1. World Health Organizations. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
2. Portaria no 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005 (BR). Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 9 Dez 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008. 68 p.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade. [internet]. 2010 [acceso 29 ago 2012]. Disponible em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
5. Pimenta CAM. Palliative care: a new specialty in profession of nursing? Acta Paul Enferm. 2010 Maio-Jun;23(3):xi-x
6. Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lautert L, Tavares JP, Prestes FC, et al. Night shift pros and cons in nursing: qualitative study. Online braz. j. nurs. [internet]. 2009 Ago [acceso 05 nov 2011];8(2). Disponible em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2346>
7. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. 3ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2010. 232 p.
8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 288 p.
9. Benito GAV, Finato PC. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. Rev Eletrônica Enferm. [internet] 2010, jan-mar. [acceso: 08 jul 2011];12(1):140-9. Disponible em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a17.htm>
10. Morin E. Ciência com consciência. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2010. 350 p.
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução no 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [internet]. 2004 [acceso: 29 ago. 2012] Disponible em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf
12. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. Texto Contexto Enferm 2011 Jul-Set;20(3):547-56.
13. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. Rev Esc Enferm USP. 2012 Jun;46(3):626-32.
14. Marquis B, Huston C. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2010. 671 p.
15. Costa DG, Dall'Agnol CM. Participative leadership in the management process of nightshift nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet] 2011 nov-dez. [acceso: 02 fev 2012]; 19(6):1306-13. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/05.pdf>
16. Lima RAG. Palliative care: challenges for the health systems. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 2011 mar-abr. [acceso: 02 fev 2012];19(2):227-8. Disponible em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_01.pdf

Recibido: 13.4.2012

Aceptado: 14.2.2013

Como citar este artículo:

Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann, AL. El trabajo nocturno de la enfermería en el cuidado paliativo oncológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013 [acceso: / /];21(3):[07 pantallas]. Disponible en:

URL

día | año
mes abreviado con punto