



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

O território COnVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3448g612

RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

Atuação do Enfermeiro Oncologista frente à pandemia de COVID-19: um Relato de Experiência

Oncologist Nurse's performance in the face of the COVID-19 pandemic: an Experience Report

Raphael Braz de Carvalho

ORCID: 0000-0002-2235-1181

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Magda de Souza Chagas

ORCID: 0000-0002-3616-6745

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Ana Lúcia Abrahão da Silva

ORCID: 0000-0002-0820-4329

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Autora correspondente:

Raphael Braz de Carvalho

E-mail: phbraz@yahoo.com.br

Resumo:

O novo coronavírus continua um desafio para a ciência após um ano de enfrentamento. Na prática laboral, o enfermeiro especialista em oncologia se destaca pela necessidade de arranjos interprofissionais na construção do cuidado,

utilizando o próprio corpo como ferramenta com os pacientes/pessoas que, além da doença oncológica, sofrem as repercussões da Covid-19. Assim, compartilhamos o relato de experiência de um enfermeiro especialista em oncologia no cuidado aos pacientes/pessoas com câncer e Covid-19. Retratamos cotidianos da realidade e compartilhamos experiências, atravessamentos singulares e a ressignificação do cuidado a partir de narrativas que entrelaçam a dimensão da ciência, do afeto e das práticas da enfermagem. O caminho metodológico tem base na experimentação vivida, elaborado por meio de narrativa. O cenário foi um hospital no estado do Rio de Janeiro especializado em oncologia em que os pacientes/pessoas com Covid-19 positivos são encaminhados para a enfermaria desta experiência. Nos resultados, apreendemos as situações em que a prática foi remodelada. Na discussão, elaboramos três arranjos de narrativas que abordam situações vivenciadas pelo enfermeiro especialista em oncologia e as suas repercussões na reinvenção deste profissional durante a pandemia. Concluímos que ser “linha de frente” é reaprender com a ciência, as tecnologias no cuidado à saúde, a educação em saúde e com a doença, para, assim, antever e agir, extraindo desta experiência uma construção de cuidado singular que deve ser acompanhada, estudada e ressignificada.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Enfermagem Oncológica; Assistência Centrada no Paciente.

Abstract:

The new coronavirus remains a challenge for science after a year of coping. In labor practice, the nurse specialist in oncology stands out for the need for interprofessional arrangements in the construction of care, using the body itself as a tool with patients / people who, in addition to oncological disease, suffer the repercussions of Covid-19. Thus, we share the experience report of a nurse specialist in oncology in the care of patients / people with cancer and Covid-19. We portray everyday reality and share experiences, unique experiences and the reframing of care based on narratives that intertwine the dimension of science, affection and nursing practices. The methodological path is based on lived experimentation, elaborated through a narrative. The setting was a hospital in the state of Rio de Janeiro specializing in oncology in which patients / people with positive Covid-19 are referred

to the infirmary of this experience. In the results, we apprehended the situations in which the practice was remodeled. In the discussion, we prepared three arrangements of narratives that address situations experienced by nurses who are specialists in oncology and their repercussions on the reinvention of this professional during the pandemic. We conclude that to be a "front line" is to relearn with science, technologies in health care, health education and disease, in order to foresee and act, extracting from this experience a singular care construction that must be accompanied, studied and reframed.

Keywords: COVID-19; Oncology Nursing; Patient Centered Assistance.

Introdução:

A Covid-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, foi identificada em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, onde pessoas apresentaram um tipo de pneumonia desconhecida.¹ A disseminação da doença foi rápida, justificada pelo fato de que cada pessoa infectada pode transmitir para outras duas. Com taxa de mortalidade entre 0,1% e 2% e números de casos assintomáticos ou sintomáticos leves muitas vezes maiores que o número de casos confirmados, a doença rapidamente ganhou escala global, sendo reconhecida a situação de pandemia.²

Após um ano de enfrentamento, o novo coronavírus ainda é um desafio para a ciência. Mesmo com a descoberta da vacina, resultado do trabalho de cientistas realizado em curto espaço de tempo, o cenário de surgimento de novas cepas e ampla variação de sintomas ou desconhecimento de sequelas mantém toda a comunidade científica em alerta e na busca por respostas. Nesse contexto, concluiu-se sobre a necessidade do uso de máscara, álcool em gel e do distanciamento social como barreiras à doença.³

Por um lado, se cientistas de diferentes especialidades procuram conhecer o modo de ação do novo vírus no corpo humano, no ambiente e em outros seguimentos que impactam direta ou indiretamente a vida, por outro, arranjos interprofissionais são esperados e necessários no exercício profissional na área da saúde para a construção do cuidado. Nesta conjuntura, o profissional de enfermagem se diferencia, entre outros motivos, por utilizar o próprio corpo como ferramenta, exercer diferentes funções no processo de trabalho em saúde e por permanecer maior tempo em contato com o paciente/pessoa, acolhendo, assim, dores e sofrimentos, além de construir relações afetivas e desenvolver o escutar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), independente da pandemia, apontava o ano de 2020 como o ano internacional dos profissionais de enfermagem,³ com objetivo de reconhecer e contextualizar as condições de trabalho dessa categoria profissional. Isso porque, mesmo representando metade de todos os profissionais de saúde do mundo, a profissão apresenta déficit de seis milhões de profissionais.⁴

Se o enfrentamento da Covid-19 no corpo de uma pessoa sem doença pregressa causa grande impacto, as repercussões no corpo de quem vive a doença oncológica aumentam. Assim, tal situação tem exigido da Enfermagem Oncológica a adoção de novos modos de agir, seja na relação direta com o paciente/pessoa, seja na revisão de procedimentos e técnicas. Uma remodelagem constante na adaptação ao que cada paciente/pessoa tem apresentado visto o imprevisível que surge nessa articulação Covid-19 e doença oncológica. O cuidado atual envolve, entre outros, pesquisa sobre perfis do desenvolvimento da doença observados diariamente, educação permanente das equipes do cuidado, novas construções de si,

abordagens sobre perdas e sofrimentos e intervenção imediata nas necessidades humanas observadas de cada paciente/pessoa.

O objetivo deste artigo é compartilhar o relato de experiência de um enfermeiro na construção do cuidado aos pacientes/usuários oncológicos com resultado positivo para Covid-19 que necessitaram de internação. Sendo assim, retratar acontecimentos cotidianos da realidade com a finalidade de compartilhar experiência, reflexão em si, atravessamentos singulares e ressignificação do cuidado a partir de narrativas que entrelaçam a dimensão da ciência, do afeto e das práticas da enfermagem.⁵

Métodos

O caminho metodológico adotado na construção deste artigo tem base na experimentação vivida por meio de narrativa. A noção de experimentação apresentada tem como referencial Deleuze e Guatarri, inspirados nos textos de Carlos Castañeda,⁶ assim como a dimensão experiencial e produtora de conhecimento do corpo sensível.⁷ Aqui, a experiência transita entre a experiência sensível de sujeitos no mundo, “experiência sensorial”, e a experiência pessoal e biográfica do indivíduo, “experiência de vida”.⁸ Nesse sentido, aprender é criar. E dizer que o ato de pensar começa na sensibilidade é afirmar que o pensamento só se engendra a partir de certa experimentação intensiva do corpo, em um processo que aumenta sua capacidade de agir, pensar, de afetar e ser afetado.⁶

Experiência e narrativa encontram-se relacionadas à realidade de maneiras diversas, são temas articulados por Walter Benjamin e, neste artigo, a narrativa está presente como objeto do conhecimento.⁷ Pode-se ir mais longe e perguntar se a relação entre o narrador e sua matéria – a vida humana – não seria ela própria uma relação artesanal. Não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência – sua e a dos outros – transformando-a em um produto sólido, útil e único?⁸

O cenário da experiência foi um hospital no estado do Rio de Janeiro, Brasil, que atua no desenho de ações integradas para prevenção, controle e assistência médico-hospitalar especializada em oncologia, dispoñdo de equipes multiprofissionais formadas por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Durante a pandemia, para assegurar a continuidade dos atendimentos aos pacientes/pessoas com Covid-19 positivo, uma enfermaria foi remodelada com redução de leitos ampliando, assim, o espaço físico entre estes devido à necessidade de distanciamento. A gestão da instituição impregou mudanças como: alteração da mobilidade dos pacientes/pessoas dentro da instituição com agendamento por horário nas consultas ambulatoriais, reduzindo aglomerações; testagem para o coronavírus realizada em todos os pacientes/pessoas que necessitaram de internação por qualquer intercorrência clínica ou cirúrgica e alocação destes em andar específico até o resultado do exame (quando confirmados positivos, os pacientes/pessoas eram encaminhados para a enfermaria específica desta experiência); devido ao risco de contágio e para impedir circulação, durante a internação, não foi liberada a presença ou visita de acompanhante ou familiar; o quadro clínico diário era atualizado via contato telefônico por médicos(as) e enfermeiros(as) com uso de videochamadas para acolher a família e confortar o paciente/pessoa.

Quanto às ações voltadas aos profissionais da enfermagem, o primeiro movimento foi o afastamento das pessoas classificadas em situação de risco e acima de 60 anos, o que impactou na distribuição das atividades diárias, juntamente com os afastamentos por contágio. A reorganização do quadro foi necessária para sustentar a oferta de cuidado, visto que, entre os profissionais do setor, 9 de 12 enfermeiros se afastaram por 15 dias ou mais em algum momento por sintomas do coronavírus, internações e por comorbidades. Entre os técnicos de enfermagem, 20 de 24 destes profissionais se afastaram em algum momento, o que acarretou sobrecarga na realização de atividades e funções diárias (alguns profissionais chegaram a realizar 25 plantões de 12 horas no mês). A sobrecarga, a dedicação ao cuidado, os profissionais afastados, os receios diante do novo e do vírus ainda pouco conhecido, que adentraram o cotidiano da enfermagem,

impactaram o emocional dos profissionais, os quais passaram a receber aporte psicológico e acompanhamento por atendimento telefônico a critério dos próprios profissionais.

Por se tratar de um relato de experiência que objetiva discussão e aprofundamento teórico de situações da prática profissional e por não revelar dados que possam identificar os participantes, não há necessidade de aprovação pelo CEP.⁹ Vale destacar que todos os nomes presentes neste artigo são fictícios e foram utilizados para sustentar a humanidade nas relações estabelecidas.

Resultados:

Na elaboração da experiência sensível e de vida experimentada no enfrentamento da pandemia da Covid-19, seguimos o caminho das construções narrativas e apreendemos situações em que a prática foi remodelada diante do quadro clínico de cada paciente/pessoa. As experiências vivenciadas são inúmeras e na oncologia ganham outras dimensões, pois nenhum dos planos terapêuticos, como quimioterapia, radioterapia, manutenção de catéteres e medicações ambulatoriais, além dos cuidados às intercorrências clínicas comuns ao tratamento de câncer foram abandonados.

O cuidado ao paciente/pessoa com câncer demanda da equipe atenção, acolhimento e planejamento frente à Covid-19, em que o nível de atenção, avaliação e observação da resposta à intervenção passaram a ser maiores. Soma-se a isso a imperatividade do tempo. Não bastasse a gravidade semi-crítica ou crítica imposta pela doença oncológica e suas implicações (como plaquetopenia e hemoglobina baixa, que reflete diretamente na saturação de oxigênio; sangramentos; necessidade de transfusão; manifestações quimioterápicas e pós-quimioterápicas, como náusea, vômitos, diarreia, mucosite, terapia medicamentosa, neutropenia, controle da dor física e social e o medo da morte), estes destaques associados à Covid-19 pioraram o desfecho de cada vida e os questionamentos sobre morte por câncer ou Covid-19. Neste contexto, a enfermagem assistiu vigilante cada paciente/pessoa em quartos que não eram leitos intensivos. As mudanças apresentadas exigiram observação constante, planejamento e construção de intervenções em curto período.

Para discussão dos eventos, elaboramos três arranjos de narrativas que abordam situações específicas vivenciadas pelo enfermeiro especialista em oncologia a partir da construção de temas relacionados com os tempos Cronos, Aion e Kairós, entendidos em suas dimensões como o “tempo movimento contínuo e imparável”, o “tempo que não pode ser medido durante o contato do ser enfermeiro com o ser paciente/pessoa” e o “tempo inexplicado”,¹⁰ entendendo as repercussões na pele e a reinvenção do ser enfermeiro durante a pandemia de Covid-19.

Os novos arranjos na Construção do Cuidado: hoje é como se fosse uma assistência cronometrada (Enfermeiro) A gente se prepara do lado de fora e já entra com o alimento dele e com a bandeja de medicamentos e já vai orientando, perguntando e fazendo a assistência. Olha o acesso venoso, troca o curativo, encaminha para o banho e isso com o antibiótico gotejando. O tempo hoje é menor. O cuidado não permite o contato prolongado ou o acolhimento da vontade do paciente/pessoa que, ao acordar, não deseja o banho quando entramos no quarto. Isso não é possível.

Atualmente é: *“Oi, bom dia, como o senhor está?”* (Enfermeiro)

“Vamos tomar banho.” (Enfermeiro)

“E a falta de ar, como está?...” (Enfermeiro)

A conversa segue até o momento da nossa saída do quarto e o cuidado é realizado de forma cronometrada e sistematizada. A construção temporal do cuidado mudou muito, antes era com mais calma, tanto para o

paciente/pessoa quanto para nós profissionais. Hoje, para otimizar o tempo junto a cada usuário e reduzir nossa exposição, algumas informações são obtidas ainda do lado de fora através do vidro da porta, como a observação do monitor, identificando a frequência cardíaca e respiratória e a saturação. Diante de alguma alteração, já entramos com material para coleta de gasometria e alguém da equipe leva ao laboratório. A partir do resultado, junto com toda equipe, planejamos e atuamos com brevidade.

Uma situação ocorreu no atendimento de um paciente/pessoa, traqueostomizada, que estava muito ansiosa e cansada (taquipnéica). Eram 22 horas, quando chamei o médico já com resultado da gasometria (89%) e todo material para ventilação pronto. O médico avaliou o paciente/pessoa e com os dados em mãos optou pela intubação e uso de ventilador. Antes, nos programávamos para “se acontecesse”. Hoje em dia, como lidamos com uma doença que ainda não dominamos o curso, precisamos antever os fatos e aprender a usar o tempo a nosso favor, em que manter estado de observação constante e estar alerta aos mínimos e mais sutis sinais pode significar uma vida salva. Assim, se percebemos que alguém está com desconforto respiratório, realizamos intervenção com medidas mais severas para que a pessoa continue viva.

O tempo precisou ser redimensionado, as conversas e orientações mais longas com os pacientes/pessoas precisaram ser assertivas e direcionadas para a promoção de um campo seguro para integridade do profissional e o contato mais próximo entre estes dois agentes ganhou objetividade nas práticas do cuidado e atitudes mútuas de interação dos recursos disponíveis e finalidade de resultados. Uma vez que a equipe de Enfermagem permanece ao longo do dia com o paciente/pessoa, para viver o trabalho atualmente e com movimentos necessários, é preciso criar redes colaborativas, solidárias e promover educação permanente em saúde com a equipe sobre a atuação frente às novas observações que a ciência disponibiliza.

O Tempo e a Tecnologia a serviço do Cuidado: “me manda mensagem no celular”

Antes, se o cuidado na Enfermagem Oncológica incorporava o tempo como aliado à construção de vínculo (abertura para experienciar abordagem sobre proposta terapêutica, a morte e o medo de morrer, as relações familiares, as dores, as perdas e a vulnerabilidade), a presença da Covid-19 alterou radicalmente esse cenário, no tempo. O medo do profissional em se contaminar, assistindo diariamente colegas se afastando, sendo internados e entubados, e o cuidar focado em resolver problemas são atravessamentos que passaram a fazer parte do cotidiano. Sendo assim, reinventar-se em novas maneiras de agir e cuidar torna-se uma atitude necessária. Por exemplo, para pacientes/pessoas lúcidos e orientados, posicionamos a campainha perto destes, permitimos a permanência do celular e passamos o telefone da enfermagem e até mesmo o nosso próprio número de celular. Assim, eles podem ligar para a família e para nós durante o plantão, isso não é problema. Quem não tem condições, redobramos a atenção o tempo todo.

Como apontado acima, trabalhar na oncologia envolve relacionamentos e afetos, não sendo raro o desenvolvimento de amizade entre profissionais e paciente/pessoa. Nesse sentido, apreender a amizade com outro tipo de contato, quando nem o olho no olho acontece e quando a voz sai abafada por uso de máscara e outros equipamentos de proteção individual tem sido uma experiência. Foi o que aconteceu com um paciente/pessoa que passou à categoria de amigo. Um dia, quando saía do quarto, ele questionou por que já estava indo, pois estava se sentindo sozinho e precisando conversar. Respondi:

“Amigo, você está com Coronavírus, você ficou entubado e ainda está em recuperação. Eu quero que você melhore, vá embora e volte para terminar o tratamento de câncer.” (Enfermeiro)

“A gente conversa da janela ou, então, me manda mensagem no celular.” (Enfermeiro)

A estratégia de compartilhar o número do celular com os pacientes/pessoas foi algo que mudou com a situação atual, sendo observada como uma estratégia de cuidado e de olhar para o outro. Uma vez que não permanecemos direto ou por longo período com os pacientes/pessoas, passamos a usar o celular na comunicação a partir de mensagens de textos com quem se articula bem com essa ferramenta (para falar

como se sentem, solicitar medicação por queixa algica ou para simples troca de conversa com o intuito de passar o tempo). Quando possível, aproveitamos para brincar e usar um pouco de humor.

Em outro momento, chamarei de Sara (nome fictício), a paciente/pessoa que estava grave e oscilava quadro de estabilidade. Entrei no quarto e ela verbalizou que estava com muita saudade da sua filha. Sem pensar duas vezes, fui ao prontuário, peguei o telefone da filha de dona Sara e fiz uma ligação de vídeo *online*. Quando conectou a chamada, a filha, surpresa, disparou eufórica agradecendo, dizendo que fazia 17 dias que não via sua mãe. E um misto de riso e choro preencheu aquele quarto de hospital. Trocaram olhares, carinho, deram recomendações. Ficaram ali imensuráveis 09 minutos e 17 segundos. No dia seguinte, dona Sara piorou, foi entubada, transferida para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e, após dias, faleceu. Aquele momento da ligação foi a última vez que elas se viram.

As surpresas e singularidades da vida expostas intensamente: o inexplicado

Observamos que, entre o 10º e o 13º dia, ou melhoram ou morrem, como fases da doença. Já não bastassem as intercorrências advindas da doença oncológica, com a Covid-19, eles ficam cansados, com falta de ar, desconfortáveis no leito, ansiosos. Depois, segue a dispnéia e isso pode durar horas ou dias. Por vezes, evoluem rapidamente para a insuficiência respiratória, em outras, a intervenção precoce ocorre e a vida é preservada.

Certo dia, recebi o plantão e fui informado que um dos pacientes/pessoas apresentou Edema Agudo de Pulmão (EAP) durante a tarde e que sua hemodinâmica fora restabelecida com sucesso pela equipe. Paramentei-me e este foi o primeiro paciente/pessoa que fui avaliar; conversamos e o Sr. José estava bem. Quase duas horas depois, o médico plantonista da noite foi avaliá-lo, pois era um dos pacientes graves do hospital que estava em sua planilha. Antes disso, informei ao médico que Sr. José estava bem e fui jantar. Durante a refeição, outra médica do plantão me enviou mensagem pelo celular mencionando que o Sr. José, um paciente viável do ponto de vista oncológico, tinha começado a dessaturar e que apresentava desconforto respiratório. Além disso, compartilhou os próximos passos, que envolviam culturas, raio-X, antibióticos e entubação. Recebi as orientações da médica com surpresa e imaginando o pior; parei o jantar, chamei a outra enfermeira e fomos juntos reavaliar o Sr. José. Iniciamos os procedimentos e o paciente/pessoa estava da mesma forma que eu havia encontrado ao receber o plantão, com uma discreta queda na saturação porque o cateter de oxigênio tipo óculos estava fora da cavidade nasal. Trocamos o cateter por uma máscara de venturi com reservatório (mais eficaz na concentração do oxigênio ofertado), conversei com o paciente/pessoa e ele não referiu queixas. Aumentei o FiO₂ (fração inspirada de oxigênio), repositionei o paciente no leito para otimizar a expansão pulmonar, ajustei a monitorização, reexaminei e reafirmei os sinais vitais. Ao término da avaliação, reporte para a médica, por mensagem de texto, a situação que deixamos o paciente/pessoa naquele momento. Reiterei que não duvidava das avaliações: *“O paciente está estável, continua lícido, orientado, eupnéico, tiro o cateter de oxigênio e instalo máscara de venturi há 6 litros, o paciente/pessoa não refere queixas. Pressão Arterial: 156/98 mmHg (milímetros de mercúrio), Frequência Cardíaca: 98bpm (batimentos por minuto), Saturação: 100%.”* Enviei foto do monitor. *“AP: MVUA s/RA (Ausculta pulmonar: Movimentos vesiculares universalmente audíveis sem ruídos adventícios). Colho uma gasometria porque a que foi colhida pelo plantonista foi venosa”*. Ela agradeceu e sugeriu que talvez o paciente/pessoa tivesse iniciado quadro descompensatório e que deveria ter melhorado. Justificou que realmente não tinham conseguido gasometria arterial. Envio a foto do resultado da gasometria arterial de aspecto normal. Ela vibra e seguimos o plantão.

A situação acima é o contraponto do que ocorreu com outro paciente/pessoa que estava entubado “compensado”. É uma loucura. Ou ficam bem, ou morrem inexplicavelmente. Entrei no quarto por volta de 4 horas e 30 minutos da manhã, aspirei suas vias aéreas e ele estava estável. A técnica de enfermagem entrou no quarto às 5 horas e 30 minutos para fazer as medicações e ele estava em óbito. Ela me chamou imediatamente e, em um primeiro momento, não acreditei. Entrei no quarto, ele ainda estava quente e fiquei pensando, pensando... *“Eu vou colher sangue desse paciente”*. Colhi sangue, estava escuro e coagulado.

Mostrei o material para o médico e incrédulo questionei: “*Por quê? Como?*” Ele nos respondeu que ainda não tínhamos respostas, sem saber o motivo da coagulação. Eu só consegui expressar: “*É muito doido... É muito doido*”.

O profissional acaba aflorando na forma da agonia de usar a máscara PFF2/N95 (peça facial filtrante tipo 2) sempre bem firme ao rosto, passar várias horas com Equipamento de Proteção Individual (EPI) e seguindo todas as orientações durante o uso, manipulação, descarte e até mesmo na falta destes materiais.¹¹ Não nos abraçamos mais, enviamos mensagens de celular para saber notícias de quem está afastado, como suas famílias estão lidando, tentamos estar juntos, enviando vibrações e abraços virtuais o tempo todo. Neste convívio, percebemos amigos ansiosos, relações familiares desconstruídas, necessidades de falar. Surtei(amos) achando que nos contaminamos, que tínhamos ficado doente e me veio à mente toda a minha história. Descobri que o amor que temos pelos amigos e família é essencial para superar obstáculos, que chorar é liberar espaço para cura, se mostrar fraco também é ser forte e deixar ser abraçado, mesmo que virtualmente, é uma sensação libertadora. Neste instante, percebi que os pacientes/pessoas sentiam as mesmas coisas, a diferença era que eles apresentavam os sintomas para fora do corpo e nós sentíamos em nosso interior.

Discussão

Até o momento, a vivência com a Covid-19 tem despertado atenção para o que chamaremos de singularidade do ser humano em seus dois vieses, o que cuida e o que está sendo cuidado. O que cuida, vivendo a reberveração de agir frente ao diagnóstico de câncer e coronavírus, a observação como ato constante e os arranjos no cuidado passando por constante alteração. Por outro lado, a pessoa que estava com sua doença oncológica estabilizada, é acometida pelo coronavírus, vive alteração de padrão respiratório e outros sintomas dessa doença e, sem explicação, tem piora abrupta do quadro, podendo evoluir a óbito. Situações assim, que expressam uma gama de incertezas, têm mexido com a mente e o emocional tanto dos profissionais quanto dos pacientes/pessoas. Isso mudou a construção de cuidado para o profissional enfermeiro especialista em oncologia, bem como para o paciente/pessoa que encarava as duas doenças. Cada paciente/pessoa desenvolveu uma reação e relação diferente do eu vivendo e do eu morrendo. Uma experiência radical e que deve ser analisada com detalhe, porque se defendemos e apostamos que o paciente/pessoa deve estar no centro do cuidado e a oferta deste cuidado deve ter como medida a necessidade de cada pessoa, vivemos experiência intensa e sem precedentes no campo da gestão e da assistência durante e após a pandemia da Covid-19.

A doença acometeu a todos, sem exceção, gerando uma tensão que aflora à pele. Havia um preparo para a morte com o câncer em um processo sistemático, hoje, com a Covid-19, os doentes morrem em atropelo. Tentamos fazer uma construção de luto diferente, utilizando as tecnologias em saúde em favor mútuo profissional e paciente/pessoa como ser humano, e isso tudo nos atravessa com indignação pela dimensão do cuidado *versus* a forma atual de assistir o morrer.

A avaliação do enfermeiro ganhou outra dimensão. A Covid-19 provocou alteração na prática e construção constante do cuidado no exercício profissional, melhorou a possibilidade de articulação com a equipe multiprofissional pela ciência e o saber vivido e experimentado nas intervenções sobre cada paciente/pessoa. Por estar à beira leito, percebendo os sinais clínicos, apoiados nos resultados laboratoriais, e aplicando educação permanente em saúde à equipe de enfermagem, experimentamos ampliação das atividades no espaço de trabalho, onde o enfermeiro opina e antecipa situações para o nutricionista e para o médico e, ao mesmo tempo, monitora o oxigênio, ajusta o ventilador mecânico, faz contato com a família por videochamada e repensa a melhor forma de assistir cada paciente/pessoa de acordo com a complexidade, necessidade e dor que cada um apresenta. Por esses e tantos outros motivos, a categoria passa a ter outra visibilidade e movimento de reconhecimento no mundo.¹²

Talvez, essa atitude de ressignificar o cuidado esteja intrínseco desde os primórdios da enfermagem, como Florence Nightingale que, em sua trajetória, teve um papel transformador na promoção da saúde, usando estratégias que estavam disponíveis à época. Agora, vivenciamos o mesmo sentido de responder o processo saúde-doença e criar meios significativos de promover o bem-estar.¹³

Passados mais de 12 meses da pandemia decretada, é preciso olhar e perceber o que foi produzido. Se o risco de contaminação da Covid-19 não deixa de estar presente no ser, agir, ir e vir de cada profissional de saúde (mesmo com a vacinação, que se encontra em lento curso no país, sendo o Brasil um dos países com maior taxa de contaminação entre esses profissionais¹⁴), a enfermagem mostra sua atuação e articulação entre educação em saúde, pesquisa, ciência, amorosidade, respeito e perseverança, usando intensamente as tecnologias no ato do cuidar.

O uso de celulares como ferramenta de comunicação e cuidado durante a construção de assistência aos pacientes/pessoas internados na enfermaria de oncologia com Covid-19 positivo explicita o quanto podemos nos valer de tecnologia dura na oferta de tecnologia leve. Para oferecer conforto e alívio ao doente e seus familiares, a tecnologia dura proporciona encontros significativos e afetivos com a família, dando suporte em meio à enorme vulnerabilidade que todos se encontram, e nos convida a refletir sobre que é preciso aliar cada vez mais às práticas assistenciais de enfermagem com o uso de tecnologias de saúde ou tecnologias do cuidado em saúde. Aqui, estamos nos referindo às tecnologias do cuidado em saúde descritas por Merhy como dura, leve-dura e leve, apresentadas brevemente a seguir: a tecnologia **dura** como a tecnologia das máquinas que norteiam a lógica do cuidado, cita-se o estetoscópio, computadores, aparelhos que realizam exames laboratoriais, radiológicos e medicamentos, é o trabalho morto/material que, ao permear o profissional, se torna vivo/imaterial; a segunda, a tecnologia **leve-dura**, que descreve a utilização de toda construção de saber estruturado e bem delimitado, a exemplo do conhecimento clínico e epidemiológico, porém, no ato de agir com o paciente/pessoa, a interação é imprevista, pois suscita adequação da intervenção programada com a esperada pelo paciente/pessoa e, neste contato, acontecem os embates duros de relações programadas ou o contato leve com troca e atenção daquilo que o outro espera; por último, a tecnologia **leve**, que se traduz em produzir vínculo de confiança, escuta, troca e envolvimento, esta tecnologia transborda as práticas em saúde onde ambos se afetam e são afetados, como se a linha invisível que separa o profissional do paciente/pessoa se deslocasse para um elo que ligam esses dois sujeitos.¹⁵

Neste momento, que trata uma doença que reclusa o ser humano do contato externo, o enfermeiro se disponibiliza a readaptar-se no caminho em que novas doenças suscitam novos olhares, por meio do contato tecnológico com os pacientes/pessoas que já se articulam bem com essa ferramenta, percebendo que a troca de mensagens simples aproxima mais que o doente do profissional aproxima suas almas e se torna uma alegre interação entre esses sujeitos.

Assim, referente às tecnologias no trabalho em saúde, é possível observar que os trabalhadores dos cuidados oncológicos se encontram envolvidos, constroem vínculos e amizades com usuários e familiares, operam com muita frequência as tecnologias leves e transitam com facilidade em campos tão excluídos pela ciência, como no caso da espiritualidade, religião, toque, envolvimento e afetividade.¹⁶

A enfermagem oncológica mostra ter sensibilidade de se envolver com o paciente/pessoa com câncer acometido pela Covid-19, buscando estruturar o seu saber junto à ciência para oferecer educação permanente à equipe. É atitude de um cuidado consistente, ajudando na elucidação de situações que aconteciam e ainda não eram identificadas, como o paciente compensado coagular durante a noite.

Práticas de saúde que constroem o cuidado no ato de atender as necessidades de quem é cuidado e na forma que é esperada a realização deste trabalho. Assim, ambos participam deste movimento de promover saúde: de um lado, o profissional, partindo de seus conhecimentos, premissas técnicas e do uso de ferramentas e, de outro, o paciente/pessoa, o qual espera um resultado positivo que atenda às suas necessidades. Esta prática se exemplifica no ato do trabalho (trabalho vivo/tecnologias imateriais) e em

todo o preparo para realização deste ato (trabalho morto/tecnologias materiais), ou seja, no contato entre paciente/pessoa e profissional, o trabalho vivo é o ato que proporciona a troca e a finalidade. Este movimento e contato realizados por ambos em objetivo comum é possível através do trabalho morto, este que se desenha pela aquisição prévia de conhecimentos, técnicas e utilização adequada das ferramentas de trabalho.¹⁵

As alterações na prática assistencial não foram poucas e nem pequenas com a Covid-19. O reconstruir do ser enfermeiro é diário, dentro e fora do ambiente hospitalar, no pensar com clareza, discernimento e liderança e no estabelecer a atenção integral como gerenciadora dos processos de trabalho e na manutenção da vida. O empoderamento do enfermeiro hoje dispõe as cartas na mesa e define a melhor maneira de prestar assistência. Não que houvesse preocupação em subsidiar o cuidado com a intenção de recolher provas; a intenção é articular, prevenir, antever o pior e usar o tempo a nosso favor.

Se observações e respostas necessitam cada vez mais de brevidade, a educação permanente em saúde das equipes passa a ser diferencial tanto para a manutenção da vida dos profissionais, no que tange à necessidade de treinamento para uso de equipamento de proteção individual, quanto para a sustentação do cuidado em situação adversa, novas maneiras de construir, sustentar e constituir cuidado, com agir capaz também de criar elo com pacientes/pessoas, família e profissionais de saúde. Neste momento, o agir transforma quem realiza o ato e esta educação permanente forma o cuidado como movimento que vai acontecendo, se transformando e construindo através do exercício das conexões diárias, dos processos e do contato com o outro. É diante da prática diária de cuidado que a formação profissional se realiza, que somos singularmente implicados no agir para as práticas de cuidado.¹⁷

Considerações finais

Viver a situação de ser “linha de frente” e estar nos encontros com cada paciente/pessoa com câncer e Covid-19 é algo que tem provocado a reaprendizagem com a doença, a usar os tempos a nosso favor, a pesquisa, a ciência e a educação em saúde e, assim, antever e agir. Alterar a maneira de construir diferentes encontros não significa que será facilmente acolhida, inclusive pelas equipes multiprofissionais em saúde. No entanto, é necessário perceber que essa forma de atuar em enfermagem oncológica, para a qual não fomos preparados(as), continua sendo construção intensiva de cuidado. Mesmo que os tempos tenham sido afetados, o cuidar como verbo se traduz em estar presente e atuar nos problemas imediatos que o paciente/pessoa apresenta e utilizar o nosso corpo como ferramenta de cuidado continuam acontecendo. Hoje, aliviamos a dor do corpo, da família e a dor da incerteza, fornecendo conforto e esperança e mantendo a vida olhando o agora e o minuto seguinte.

As tecnologias no cuidado à saúde estão significativas neste processo de viver com o câncer e a Covid-19 e a possibilidade de analisarmos e extrairmos desta experiência uma construção de cuidado singular deve ser acompanhada, estudada e ressignificada. Outro ponto a destacar é a incorporação da interatividade paciente/pessoa com a família por meio da tecnologia, na forma de chamadas de vídeo, ligações e mensagens de celular nos atos diários e terapêuticos, atitude que, além de ampliar a visão e o sentido de cuidado do profissional que age nesta direção, o aproximou, em sentido imensurável, do paciente/pessoa e sua família.

Esta experiência e narrativa tornaram crescente o aprimoramento do profissional enfermeiro em oncologia ao reconhecer seu trabalho como ato de educação permanente, ao se desvelar em várias possibilidades desde o cenário como desafio de quem luta pela saúde, às intervenções potentes que suscitaram atenção da equipe de enfermagem e às experiências de trabalho e entrega, com ampliação das atividades para além das suas demandas ordinárias. Por estar sempre presente e ser o profissional com maior tempo à beira-leito durante todo o processo de cuidado, o enfermeiro, mais intensamente durante a pandemia, tem se constituído também em elo e peça fundamental na construção do cuidado em saúde referente à equipe

multiprofissional: médico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogos. Situações estas que aumentaram o leque de atuação do(a) enfermeiro(a) e que necessitam ser problematizadas.

Referências:

- ¹ Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Nov 13]; 395:497-506. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- ² Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. COVID-19 - Navigating the Uncharted. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 02]; 382(13):1268-9. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2002387>
- ³ World Health Organization. R&D Blueprint and COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 Nov 12]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/blueprint/COVID-19>
- ⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetrícia [Internet]. 2020 [acesso 2020 Nov 12]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6092:oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-de-enfermagem-e-obstetricia&Itemid=844
- ⁵ Pacheco RA, Onocko-Campos R. "Narrative-experience" as a syntagma of empty nucleus: contributions to the methodological debate in the field of collective health. *Physis* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Nov 12]; 28(2):e280212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280212>
- ⁶ Lemos FP. Experimentação, aprendizagem e prudência: Deleuze e Guattari leem Carlos Castaneda. *Rev Interd em Cult e Soc* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Ago 20]; 5(2): 276-99. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/13017>
- ⁷ Bois D, Austrý D. A emergência do paradigma do sensível. *Rev @mbienteeducação* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Ago 20]; 1(1): 1-20. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/577/544>
- ⁸ Benjamin W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin W, organizador. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221.
- ⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2016 mai 24 [acesso 2021 Mar 20]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- ¹⁰ Marcondes D. Time and history: dialectics of time in Saint Augustine. *Cad Psicanal* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Nov 12]; 41(40):11-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952019000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- ¹¹ Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the COVID-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Nov 12]; 29:e20200106.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>

¹² Kaiser DE, Wegner W. Gestão do cuidado por enfermeiros: quais as competências necessárias? *BlogRev@Enf* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Nov 12]. Disponível em: <https://blog.revenf.org/2020/03/13/gestao-do-cuidado-por-enfermeiros-quais-as-competencias-necessarias/>

¹³ Souza MAR, Wall ML, Chaves ACM, Lima DM, Santos BA. The vital power and the legacy of florence nightingale in the health-disease process: integrative review. *Rev Fundam Care Online* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Nov 03]; 9(1):297-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.297-301>

¹⁴ Conselho Federal de Enfermagem. Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo [Internet]. Brasília: Cofen; 2020 [acesso 2020 Set 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-COVID-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html

¹⁵ Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Júnior HS, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016 [acesso 2021 Abr 7]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61

¹⁶ Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Nov 12]; 21(63): 857-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0262>

¹⁷ Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Abr 07]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>

Como citar: Carvalho RB, Chagas MS, Silva ALA. Atuação do Enfermeiro Oncologista frente à pandemia de COVID-19: um Relato de Experiência. *Saúde em Redes*. 2020; 6(Supl.2). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3448g612.

Recebido em: 10/02/2021

Aprovado em: 18/04/2021

