


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

***O CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO
E FAMÍLIA EM AMBIENTE HOSPITALAR,
AMBULATORIAL E DOMICILIAR***

Florianópolis, Junho de 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

O CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO E FAMÍLIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, AMBULATORIAL E DOMICILIAR

N.Cham. TCC UFSC ENF 0365
Autor: Vogel, Cristina
Título: O cuidado ao paciente oncológico

972518998 Ac. 241630
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

*Trabalho de Conclusão, do Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina: Disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada*

*Acadêmicas: Cristina Vogel
Soraia Beatrice Tramontin
Orientadora: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Vera Radünz
Supervisora: Enf^a Especialista Carmem Beatriz
Garcia Igiski
Enf^a Milene Goulart Beck*

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0365
Ex.1

Florianópolis, Junho de 2000

AGRADECIMENTOS

À nossa família que nos apoiou em nossa escolha e manteve-se ao nosso lado em todos os momentos;

Ao Junior que muito nos ajudou a desenvolver os nossos trabalhos;

À Cláudia que sempre esteve disposta a nos auxiliar;

À nossa Orientadora Vera Radünz que de longa data nos incentiva a buscar e lutar pelos nossos ideais demonstrando sua amizade, compreensão, estímulo e confiança em nossa capacidade;

À nossa Supervisora Carmem Beatriz Garcia Igiski pelo apoio e por ter tornado possível a nossa prática no CEPON;

À nossa Supervisora de Campo Milene Goulart Beck pela grande profissional e

mestra que nos guiou ao aprendizado prático da assistência, pelo seu ombro amigo que sempre esteve pronto a nos acalantar e por tornar nossos dias felizes com a sua amizade e brilhantismo;

Aos enfermeiros Adriano, Karla, Margarida, Maristela, Maria Helena e Jaqueline pelo acolhimento e disposição a nos ajudar, mostrando-nos o que é ser enfermeiro;

À equipe do Suporte Oncológico Luciane, Regina, Kátia, Lília e Elaine pela paciência e contribuição para a nossa prática;

Aos médicos Dra. Maria Teresa, Dr. Felisberto, Dr. Paulo, Dra. Cláudia e Dr. Marcos por valorizarem e respeitarem nossas opiniões;

À Assistente Social Josiane pela amizade e profissionalismo ímpar;

Para todos outros profissionais que com certeza de alguma forma contribuíram para o nosso crescimento profissional;

Aos pacientes e seus familiares pelo carinho e compreensão com que nos aceitaram.

Elipse

A campainha toca
E flores são entregues,
As visitas chegam e silenciosamente
Entram para ver...
Até mesmo um transeunte casual perceberá
Se isto é uma chegada ou uma partida.

Na cama, centro das atenções,
Alguém pequeno e enrugado acha-se desperto,
Esse alguém é ela...
Muí jovem para sorrir ou falar,
Ou mesmo observar,
Tudo que ela pode fazer é ingerir
O leite de sua mãe, chorar, evacuar e dormir,
Em troca, ela lhes oferece alegria, esperança,
Deleite por sua vida nova, sua inocência.

A mulher, atarefada, jamais senta;
Engana a si mesma, e tudo que faz é dar-se
Aos filhos, pais e outros que, para viver,
Precisam alimentar-se e pedem,
Dependem dela e recebem.
Algumas vezes, há tanto para fazer
Que ela não sabe se está chegando ou saindo.

Na cama, centro das atenções,
Alguém velho e enrugado acha-se desperto.
Esse alguém é ela...
Pode sorrir, mais faltam-lhe forças para falar.
Cochila, por vezes, e precisa de ajuda para beber.
Tudo que ela pode fazer é aceitar, concordar...
Em troca, seus olhos transmitem amor.
Ela observa, com solitude,
Quando os outros lamentam
Perder suas capacidades, e não perceber que deixará
Uma história de sabedoria e conhecimento.

A elipse da vida possui uma simetria perfeita.
Ampla no meio, diminui suavemente
Em ambas as extremidades.
Existe um mistério
Nesta similaridade
De chegar e partir.

(Averil Stedeford)

RESUMO

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis.

Trata-se do cuidado ao paciente oncológico e família nos níveis de atuação propostos pelas acadêmicas: ambulatório, hospital e domicílio, norteado pelo referencial teórico de Orem e Peplau, adotado pelo serviço de Enfermagem do CEPON. A população alvo foi de pacientes adultos internados na Unidade de Suporte Oncológico e/ou domicílio (participantes do Programa de Internação Domiciliar – PID) e seus familiares e os pacientes e acompanhantes que encontravam-se na sala de espera do Ambulatório.

Foram abordados os aspectos de cuidado de enfermagem aos pacientes e família, englobando habilidades técnico-científicas, procurando dar suporte, trabalhando a aceitação da morte e cuidando no domicílio junto à equipe do PID. Na sala de espera do Ambulatório do CEPON, iniciamos um estudo exploratório para identificar a temática mais frequentemente abordada entre os pacientes e acompanhantes.

Esta prática levou a um crescimento e amadurecimento profissional, mais principalmente, a um crescimento pessoal, remetendo à reflexão sobre valores, crenças e medos. Foram vivenciadas situações delicadas envolvendo sentimentos novos e conflitantes, sendo portanto, necessário desenvolver habilidades frente a estas situações.

ABSTRACT

This monograph is the final work of the Graduation course in Nursing at the Federal University of Santa Catarina. It was developed in the oncology Research Center (CEPON) in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

The students proposed nursing care to the oncology patient and family in the out-patient clinic, in the hospital and in the home care settings. The theoretical referencial derived from, Orem's and Peplau's theotics, adopted by the Nursing Service. The people worked with were adult patients interned in the Oncological Support Unit and / or participants of home care program – (PID) and their relatives and the patients and their companions in the waiting room of the out-patient clinic.

The aspects of nursing care approached the patients and family, including technical-scientific abilities, trying to give support, working the acceptance of death and working close to the home care team. In the waiting room of the out-patient clinic, an exploratory study was started to identify the thematic more frequently approached between patients and their companions.

This practice took the authors to a growth and ripeness in the professional life and mainly in the personal life. It sent them to reflection about values, beliefs and fears. They went through very delicate situations involving them with new feelings and conflicts which taught them new abilities to cope with these situations.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
2 - JUSTIFICATIVA	14
3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
4 - REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1 - PROCESSO INTERATIVO – TEORIA DE HILDEGARD E. PEPLAU	30
4.1.1 - Orientação:	30
4.1.2 - Identificação:	31
4.1.3 - Exploração	31
4.1.4 - Resolução.	31
4.2 - AUTOCUIDADO – TEORIA DE DOROTHÉA E. OREM	32
4.2.1 - Teoria do Autocuidado	32
4.2.2 - Teoria do Déficit do Autocuidado	33
4.2.3 - Teoria de Sistemas de Enfermagem	34
4.3 - CONCEITOS UTILIZADOS:	35
5 - PROCESSO DE ENFERMAGEM	41
5.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:	42
5.2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	42
5.3 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	43
5.4 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	43
6 - METODOLOGIA	44
6.1 - CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTÁGIO	44
6.2 - FILOSOFIA DO CEPON	45
6.3 - VISÃO DO CEPON	45
6.4 - MISSÃO DO CEPON	46

6.5 - POLÍTICAS E DIRETRIZES DO CEPON	46
6.6 - POPULAÇÃO ATINGIDA	47
7 - OBJETIVOS	48
7.1 - OBJETIVO GERAL	48
7.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
8 - OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES	49
8.1 - OBJETIVO 1	50
8.2 - OBJETIVO 2	56
8.3 - OBJETIVO 3	61
8.4 - OBJETIVO 4	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	75
PARECER FINAL DO ORIENTADOR	110

1 - INTRODUÇÃO

A 8ª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem representa a última fase do curso. Nesta fase os acadêmicos tem a autonomia para escolher em que área desejam atuar. Propõe a elaboração de um projeto para atuação na área escolhida e a apresentação de um relatório expondo os resultados da aplicabilidade do projeto. Este tem por objetivos identificar as condições de saúde de indivíduos e/ou grupo; planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem, requerida pelo indivíduo e/ou grupo, a nível intra e/ou extra-institucional; identificar os conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho de atividades na área selecionada; aplicar os conhecimentos teórico-práticos na prestação de assistência a indivíduos e/ou grupos, interrelacionados a fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais utilizando um referencial teórico na prática assistencial; desenvolver habilidade para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada, consciente de que os serviços de educação e saúde são mantidos pela sociedade; desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas emanadas do código de Deontologia de Enfermagem.

Constituindo um grupo de duas alunas, Cristina Vogel e Soraia Beatrice Tramontin, optamos pela área de saúde do adulto, especificamente pacientes com diagnóstico de câncer e elaboramos um projeto e relatório de atuação de enfermagem no serviço de Suporte Oncológico, Programa de Internação Domiciliar (PID) e Ambulatório do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas, em Florianópolis, no período de 28/02/00 à 11/07/00, tendo como orientadora a Enf^a Prof^a Dr^a Vera Radünz e como supervisoras Enf^a Especialista Carmem Beatriz Garcia Igiski e Enf^a Milene Goulart Beck.

O desenvolvimento do projeto foi no período de 27/03/2000 à 08/06/2000 com uma carga horária de 340 horas, sendo estas horas distribuídas nos períodos matutino e/ou vespertino e/ou noturno.

Para execução do projeto durante a prática assistencial junto ao paciente, utilizamos o Referencial Teórico elaborado pelo serviço de Enfermagem do CEPON, baseado nas Teorias de OREM e PEPLAU.

2 - JUSTIFICATIVA

A nossa justificativa para a escolha do tema deste trabalho, é a seguinte: havíamos terminado a terceira fase quando surgiu a idéia de fazermos um estágio extra curricular no hospital do CEPON, por um incentivo da professora Vera Radünz, então coordenadora da fase.

A princípio queríamos adquirir habilidade técnica e acabamos nos deparando com dificuldades além das esperadas. As situação vivenciadas nos proporcionaram, além de crescimento profissional, o amadurecimento pessoal. Foram momentos únicos em nossa vida acadêmica.

A morte foi uma grande barreira a ser transpassada, aceitar que nossas ações não eram para “salvar” e sim para gerar qualidade de vida ao paciente nos seus últimos dias, semanas ou meses. Estas ações nos pareciam em vão, mas, conseguimos aprender que as mesmas é que faziam a diferença.

O lidar com a família foi um aspecto bastante delicado, pois não estávamos preparadas para este tipo de situação, não sabíamos o que falar, como abordar alguém que está perdendo o seu familiar. Mas, este tipo de situação foi amenizado pelo apoio da equipe de enfermagem que nos ajudou em muito a superar nossas dificuldades.

A experiência enquanto acadêmicas de início de graduação e acima de tudo enquanto pessoas, foi de muita valia, pois aprendemos a valorizar e respeitar o ser humano, a vida e o processo da morte. Conseguimos lidar e amadurecer com as várias situações que nos deparamos e que, sem dúvida, vamos nos deparar por toda nossa vida profissional.

3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“O termo “câncer” deriva de *karkinos*, palavra grega que significa caranguejo. O câncer, como uma entidade clínica, está nos primeiros escritos gregos e romanos, e assumiu uma posição de importância especial como doença muito temida e objeto de pesquisa biomédica intensiva” (Wyngaarden,/ Smith/ Bennett, 1993, p.1037).

“O câncer é uma doença que afeta pessoas de todos os sexos, idades, culturas e situações sócio-econômicas. Com o seu aparecimento, numerosas questões são levantadas ao longo da evolução da doença, surgindo a necessidade de prevenção de complicações, opção de tratamento e adoção de cuidados paliativos” (Pro-Onco,1995,p. 133).

“Existe um desafio especial inerente aos cuidados com pacientes com câncer, pois, em nossa sociedade, a palavra *câncer* muitas vezes tem sido associada à dor e morte” (Smeltzer & Bare, 1998, p. 230).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), “a cada ano o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas e mata cerca de 5 milhões, sendo atualmente a segunda causa de morte por doença na maioria dos países, subseqüentemente às doenças cardiovasculares, quando não se consideram os óbitos por causas externas. A OMS também alerta que, se medidas de prevenção e de controle não forem tomadas, a incidência de câncer aumentará em 100% dentro dos próximos 20 anos. Isso ocorrerá principalmente em países em desenvolvimento, alguns dos quais ainda em luta para resolver problemas básicos de saúde, como as doenças infecto-parasitárias e a desnutrição, e que, ademais, terão de enfrentar o câncer como primeira causa de morte por doença. Um fato bastante relevante para o controle do câncer é que 80% dos casos estão relacionados com causas ambientais, portanto evitáveis. Por conta disso, estima-se que 30% das mortes estão relacionadas ao tabagismo, 35% aos hábitos alimentares e os 35% restantes a outros fatores, tais como: vírus oncogênicos sexualmente transmissíveis, agentes cancerígenos ocupacionais, exposição às radiações ionizantes e uso de hormônios” (www.inca.org.br \estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 1999).

“*Câncer* é uma doença da célula, na qual há alteração dos mecanismos normais de controle do crescimento e da proliferação. Isto resulta em alterações morfológicas nítidas da célula e aberrações das características do tecido. A célula maligna é capaz de invadir o tecido adjacente e os linfonodos regionais. O câncer primário geralmente tem história e padrão de disseminação previsíveis. *Metástase* é o crescimento secundário do câncer primário em outro órgão. A célula cancerosa migra para outra região do organismo através de uma série de etapas. Este é o motivo pelo qual o câncer nem sempre pode ser curado pela ressecção cirúrgica apenas.

Muitos pacientes morrem em decorrência das metástases e não da progressão do câncer primário. A metástase começa com a invasão local, que é seguida pelo deslocamento das células cancerosas que se disseminam pelos vasos linfáticos e sanguíneos e acabam formando um tumor secundário em outro local do corpo. Com frequência, os linfonodos são o primeiro local da disseminação à distância” (Nettina, 1999, p. 86).

“Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma” (www.inca.org.br/ o que é o câncer – 13/03/00).

“Acredita-se que a transformação maligna seja pelo menos um processo celular trifásico: **iniciação** é o primeiro passo no qual iniciadores como agentes químicos, fatores físicos e agentes biológicos escapam dos mecanismos normais enzimáticos causando alterações na estrutura genética DNA celular. Essas alterações podem ser revertidas por mecanismos de correção do DNA ou podem resultar em mutações celulares permanentes.

Via de regra, estas mutações não atingem a célula até que ocorra o segundo passo da carcinogênese; durante a **promoção** é a repetida exposição aos agentes promotores que provoca a expressão de informações genéticas anormais ou mutantes, menos após longos períodos de latência. Os oncogenes celulares, presentes em todos os sistemas dos mamíferos, são responsáveis pelas funções celulares vitais de crescimento e diferenciação. Proto-oncogenes celulares estão presentes nas células, agindo como um “interruptor” para o crescimento celular. De modo semelhante, genes supressores do câncer agem “desligando” ou regulando a proliferação celular desnecessária. Quando estes genes sofrem mutação, ficam alterados amplificados ou perdem sua capacidade reguladora, há facilitação para a ocorrência de transformação maligna. Uma vez ocorrida esta expressão genética nas células elas começam a produzir populações de células mutantes, diferentes das suas células ancestrais originais; A **progressão** é o terceiro passo da carcinogênese celular. As alterações celulares ocorridas durante iniciação e promoção assumem agora comportamento maligno mais intenso. Agora essas células mostram uma propensão para invadir tecidos adjacentes e lançar metástases. Aqueles agentes que iniciam e promovem a transformação celular são denominados carcinógenos” (Smeltzer & Bare, 1998, p.: 233).

	<i>Tumores Benignos</i>	<i>Tumores Malignos</i>
Padrão de crescimento	Geralmente lento, podendo estabilizar ou até involuir.	Geralmente rápido.
Limites macroscópios	Bem delimitados, geralmente encapsulados (compressão do tecido adjacente). Superfície de corte homogênea. Áreas de necrose são raras(ocorrem por compressão).	Mal delimitados(devido a infiltração do tecido adjacente). Aspectos infiltrativos, ulcerados ou vegetantes. Superfície de corte heterogênea, com áreas de necrose e de

		hemorragia.
Padrão microscópico	Tendência à reprodução do padrão morfológico e funcional do tecido de origem. Células bem diferenciadas, com núcleo reguladores, cromatina homogênea ou finamente granular e nucléolos inconspícuos.	Aspecto variável. Tumores bem diferenciados: aspectos morfológicos e funcionais próximos do tecido de origem. Tumores pouco diferenciados: anaplasia, aumento da relação núcleo/citoplasma, núcleo irregulares, cromatina grumosa, nucléolos evidentes, por vezes múltiplos e eosinófilicos. Há infiltração em filetes nervosos, vasos sanguíneos e linfáticos.
Mitoses	Ausentes. Quando presentes, típicas.	Freqüentes, atípicas.
Metástases	Não ocorrem.	Freqüentes, locais ou a distância.
Recidivas	Via de regra ausentes.	Ocorrem com maior freqüência.
Ploidia	Conteúdo do DNA normal, euplóides.	Conteúdo de DNA celular aumentado, com freqüência aneuplóides; cromossomos adicionais geralmente presentes.

FONTE: Murad & Katz, 1996, p.:25.

“O tratamento do câncer requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais. O tratamento propriamente dito do câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor” ([www.inca.org.br/perguntas e respostas](http://www.inca.org.br/perguntas_e_respostas) – 13/03/00).

A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos isolados ou em combinação, tem como finalidade eliminar células

tumorais do organismo. Ela é comumente tóxica para inúmeras células normais do organismo (as da medula óssea e das mucosas em geral). É uma modalidade de tratamento sistêmico, bem como uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer.

A indicação de quimioterapia implica uma série de fatores que devem ser levados em conta para o seu planejamento: a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renal, hepática e pulmonar, a presença de infecções o tipo de tumor, a existência de metástases e sua extensão, além de principalmente o *performance status* (condição de vida), o principal indicador de prognóstico oncológico.

As doses são calculadas tendo em conta a superfície corporal, por sua vez baseada no peso e na altura do paciente. Para submeter-se ao tratamento o paciente deve ter menos de 10% de perda do peso corporal antes do início da doença; ausência de contra indicação clínica para os fármacos que farão parte do protocolo escolhido; ausência ou presença de infecção, mas sob controle; contagem das células sanguíneas: hemoglobina > 10g/dl, leucócitos > 3.000, neutrófilos > 1.500, plaquetas > 150.000; bioquímica sanguínea: uréia < 50 mg/dl, creatinina < 1,5mg/dl, bilirrubina total < 3mg/dl, ácido úrico < 5mg/dl e transaminases < 50UI/l.

O tratamento quimioterápico é totalmente contra-indicado em pacientes terminais, grávidas do primeiro trimestre, na presença de septicemia e coma. É relativamente contra-indicado para menores de três meses e os de idade muito avançada, aqueles com comprometimento muito acentuado do estado geral, com metástases cerebrais intratáveis, na impossibilidade de o paciente se manter em tratamento ou não cooperar e na ausência de resposta do tumor.

A quimioterapia de várias neoplasias pode resultar em liberação maciça de potássio, fosfato, ácido úrico e outros problemas para a corrente sanguínea, proveniente das células destruídas. A hipocalcemia pode ocorrer

em associação à hiperfosfatemia grave. Conceitua-se como síndrome da lise tumoral aguda (SLTA) o conjunto de alterações metabólicas que abrange hiperuricemia, hiperfosfatemia, hipopotassemia e hiperpotassemia, que podem ocorrer como conseqüência das doenças neoplásicas, em particular as linfoproliferativas (linfomas e leucemias) e tumores sólidos de alto potencial proliferativo (tumor de testículos) resultante da lise de células malignas pela quimioterapia, podendo levar a insuficiência renal aguda e morte súbita, devido a hipercalcemia ou hipocalcemia, causas de arritmias cardíacas graves. A SLTA pode desenvolver-se algumas horas até alguns dias após a quimioterapia. A SLTA pode e deve ser prevenida com hidratação e reposição eletrolítica oral, recomendada para o decurso do tratamento e venosa antes da aplicação da quimioterapia (FONSECA [et al.], 2000).

Radioterapia é o tratamento do câncer e outras doenças com radiação ionizante que deposita energia a qual danifica ou destrói as células na área a ser tratada (tecido alvo) pela danificação de seu material genético, interrompendo o ciclo celular através da lesão do DNA e morte celular. Embora a radiação danifique tanto as células neoplásicas quanto as células normais, as últimas são aptas a se repararem e funcionarem apropriadamente. Pode ser utilizada para tratar tumores sólidos, localizados. Sua indicação envolve câncer de pele, língua, laringe, esôfago, estômago, pulmão, cérebro (tumor primário de sistema nervoso central – SNC), mama, endotélio e colo de útero, próstata, reto, entre outros. Os tecidos normais sensíveis à radioterapia são a medula óssea, a pele, as gônadas, as mucosas e os linfonodos. A radioterapia pode ser usada isolada ou em combinação com a quimioterapia ou cirurgia. A associação com a quimioterapia deve ser levada em consideração em virtude dos quimioterápicos sensibilizarem as células à radiação (CARVALHO, 1995).

“A remoção cirúrgica de todo o câncer permanece sendo a modalidade de tratamento melhor e mais usada. Contudo, a abordagem cirúrgica específica pode variar por várias razões. A cirurgia pode ser selecionada como método primário de tratamento, ou pode ser diagnóstica, profilática, paliativa ou reconstrutiva” (Smeltzer & Bare, 1998, p. 238).

Segundo MARCELINO (1997, p.10) o cuidado paliativo “é uma especialidade médica e consiste na atenção ativa, integral e individualizada, aos pacientes com doença fora de possibilidade terapêuticas de cura. O enfoque principal é a qualidade de vida e não a quantidade de vida; caracteriza-se por pequenas intervenções com grandes benefícios; valida a reflexão risco versus benefício. É extremamente importante o controle da dor e outros sintomas de desconforto, bem como aspectos psicológicos, sociais e espirituais. O foco de atenção é o paciente com a família.[...] Tem como objetivo reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; não utilizar medidas que prolonguem o sofrimento ou encurtem a vida; controlar a dor e outros sintomas; apoiar medidas que ajudem aos pacientes a levar uma vida, o mais ativa possível, até a chegada da morte; oferecer apoio à família, para que possa enfrentar a enfermidade e o processo de morrer de seus membros”.

Para o Ministério da Saúde (1995, p140) “um paciente para o qual já foram esgotados todos os recursos do tratamento especializado é considerado ‘fora das possibilidades terapêuticas atuais’ (FPTA). Porém, esse paciente pode ainda apresentar possibilidade de uma sobrevivência útil e manutenção da doença sob controle, durante um espaço de tempo significativo”, Pois segundo Radünz (1999, p.127) ...“ nunca estarão fora de possibilidades de cuidado, tendo direito a uma assistência de Enfermagem que promova e preserve sua qualidade de vida durante todo o seu processo de viver e de morrer”.

Quanto a intervenções de enfermagem, Curtis (Pro-Onco, 1995, p.136) preconiza “utilizar estratégias para aceitação que tenham sido de ajuda no passado, respeitando a escolha do indivíduo de falar ou não sobre o assunto, conforme a sua própria necessidade; estimular a adoção de novos comportamentos e estratégias para a solução de problemas, quando as técnicas utilizadas não surtirem efeito; designar um enfermeiro para ser responsável pela coordenação da assistência; trabalhar junto ao paciente e familiares para estabelecer objetivos reais e viáveis, de acordo com o indivíduo e os limites da doença; identificar os recursos disponíveis (grupos de apoio a famílias, apoio espiritual, etc.) e trabalhar junto com o paciente e familiares, auxiliando-os a satisfazerem suas necessidades”.

“Assistência domiciliar é uma modalidade de atendimento viável e de baixo custo. Requer uma equipe habilidosa e treinada. Não deve ser adotada, exclusivamente, como uma forma mágica para acabar ou retardar as internações dos pacientes com doença fora de possibilidades terapêuticas de cura, sob o ponto de vista oncológico. Muitos dos pacientes irão necessitar do hospital, por diferentes motivos. Portanto, a assistência domiciliar deverá ser vista, como uma alternativa adicional a ser oferecida aos pacientes e familiares, na tentativa de melhorar a qualidade de vida, com uma abordagem de integração entre a comunidade e os serviços públicos de saúde” (MARCELINO, 1997,p.30).

A casa, para o paciente e família, é um ambiente conhecido, todos conhecem as vantagens, as limitações, existindo também uma estrutura hierárquica estabelecida, a pessoa que está doente é respeitada como membro do grupo, tem um espaço próprio e muitas vezes a sua vontade modifica a rotina e o ritmo da casa.

A tônica em assistência domiciliar é o triângulo paciente/família/equipe multiprofissional. A família é o centro das ações educativas (cuidadores), o paciente é o foco de atenção e vigilância, a equipe é o segmento de suporte às necessidades que irão surgir com a evolução da doença (MARCELINO, 1997, p.12).

Os pacientes e família, sentem-se seguros em casa, principalmente quando a equipe de saúde, responsável pela visita domiciliar, demonstra competência técnica. A grande maioria das famílias opta pela assistência domiciliar quando se julga amparada, sabendo que tem acesso à equipe, quando ela precisar a qualquer hora do dia ou da noite.

Reit e Lederberg apud CARVALHO (1994, p.197) definem a família “como um organismo dinâmico, onde um membro doente irá alterar todo o funcionamento da mesma, como ainda este mesmo membro sofrerá as influências das alterações sofridas pela família”. Assim para Souza in Pro-Onco (1995, p. 135) “a maioria dos pacientes e dos familiares necessitam incorporar gradualmente às suas vidas as mudanças provocadas pelo surgimento do câncer, pelo transcorrer do tratamento, as vivências de perda e a própria possibilidade de morte”.

Segundo RADÜNZ (1998, p.47) “o cliente oncológico é um ser humano que não precisa viver isoladamente devido ao rótulo que a doença muitas vezes lhe impõe, mas sim interagir com os outros e com o seu ambiente, desempenhando nele os seus papéis e podendo ser alguém que tem capacidade para fortalecer e ensinar outros”.

A assistência domiciliar deverá ser interrompida e a internação hospitalar, aconselhada, quando o conforto do paciente estiver em jogo.

No hospital o acompanhamento da família do paciente, é muito positiva. O fato dela estar disponível ao paciente, representa grande ajuda. É visível a tranquilidade dos pacientes quando contam com familiar ou amigo ao seu lado, mesmo quando este repouse por alguns momentos.

“A dor é um fenômeno complexo; na maioria dos casos, atua como mecanismo protetor que alerta qualquer um para uma lesão tecidual real ou iminente. Evitar a dor é uma necessidade humana básica. Embora uma pessoa possa sobreviver com dor, a sua presença contínua interfere no bem-estar do indivíduo. Uma dor que atue constantemente passa a ser um ponto focal da vida da pessoa, o que desorganiza a sua capacidade de se alimentar, de dormir ou de desempenhar atividades” (Atkinson/Murray, 1989, p. 476).

“Em 1967, C. Saunders firmou um conceito fundamental para a compreensão da dor crônica de origem neoplásica: a dor total. Com isto queria deixar claro as diversas facetas inter-relacionadas e indissociáveis da dor crônica em oncologia. Ao lado da dor física (causada pela neoplasia em si, e pelos tratamentos oncológicos), estão os aspectos emocionais “dor emocional”, a “dor social” e a “dor espiritual”. O conceito de “dor total” obriga o médico a trabalhar outro conceito: o de “pessoa”. E por pessoa entende-se o indivíduo livre, com bom senso, sensível, com direitos envolvidos nas decisões daquilo que o aflige, que está no seio de uma família e que pode dar e querer amor” (Murad & Katz, 1996, p. 105).

Schöeller (1999), afirma que a dor acomete 60% a 80% dos pacientes com câncer, constituindo-se no fator mais determinante de sofrimento relacionado à doença, mesmo quando comparado a expectativa de morte. Apesar disto, pouca atenção tem sido dada ao adequado tratamento da dor oncológica, quando comparada ao avanço tecnológico no combate ao câncer. Reconhecendo esta deficiência, a OMS declarou a dor associada às neoplasias como uma “emergência médica mundial”. Como resultado desta ação, melhora na educação e incentivo à pesquisa tem levado a uma melhoria nos padrões de tratamento da dor oncológica. Foi demonstrado

que 90% dos pacientes com dor oncológica podem ser controlados através da utilização de analgésicos e suporte psicológico.

Schöeller (1999) também refere que as medidas necessárias para um bom controle da dor fazem parte de um plano total de tratamento que inclui uma avaliação cuidadosa da intensidade da dor, o conhecimento das síndromes dolorosas mais frequentes, a familiaridade com a farmacologia e efeitos colaterais dos analgésicos, uma reavaliação contínua desses pacientes e a avaliação dos aspectos culturais, psicológicos, espirituais e sociais que possam agravar o quadro.

“A morte ocorre quando os órgãos vitais do organismo não são mais capazes de cumprir suas funções. A morte é a fase final da vida. É uma certeza para cada criatura viva, desde o momento da concepção. O indivíduo pode não morrer em um ambiente familiar, uma vez que muitos não morrem em casa. Entretanto nenhuma pessoa deve morrer sozinha, a não ser por uma escolha pessoal. A maioria dos indivíduos não está acostumada com a morte. A ignorância aos aspectos relacionados a esta fase da vida pode fazer com que a assistência a pacientes em fase terminal seja uma experiência assustadora para muitos estudantes de Enfermagem. Muitas vezes, é difícil para as pessoas encararem sua própria mortalidade, e é isso que acontece com as enfermeiras que prestam assistência a pacientes em fase terminal” (Atkinson/ Murray, 1989, p. 193).

Para Bonder, apud Radünz (1999, p. 119) “ para que vivamos, é necessário que a própria estrutura de nossas células saiba morrer e se reciclar. Enquanto vivos milhões de mínimas partículas de nós mesmos estão constantemente morrendo. A morte e a vida são parceiras e não adversárias. Ora são parceiras para preservar a vida, ora para preservar a morte. O inverno se move em direção ao verão e este ao inverno; o dia se move em direção à noite, e esta, ao dia; a expiração, à inspiração e esta, à

expiração. Nem o dia, nem o verão, nem a inspiração isoladamente representam a vida; nós os experimentamos como sendo claros, calorosos e revigorantes, e os confundimos com a própria dimensão do Amor – aquilo que está a ‘nosso favor’. Fazemos isto sem perceber que a escuridão, o frio e o esvaziamento são da mesma forma presentes e indispensáveis ‘para o que está a nosso favor’. Esta realidade de frio e escuridão, ou a dimensão da realidade, não é inimiga mas é aliada”.

O processo da morte em casa revela, na família, um sentimento de impotência, ao querer fazer tudo e não poder fazer nada no sentido de impedi-la. Dividir a experiência de morte, no ambiente que foram divididas muitas experiências de vida, é um sofrimento para os que morrem e para os que assistem. Neste caso, assistir em duplo sentido, o de cuidar e o de ser um espectador. É um acontecimento distante, assustador, místico (MARCELINO, 1997).

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a prática assistencial junto ao paciente foi utilizado a metodologia proposta pelo serviço de Enfermagem do CEPON, baseada nas Teorias do autocuidado de Orem e o interacionismo de Peplau.

As Teorias de Hildegard E. Peplau e Dorothéia E. Orem foram escolhidas para fundamentar a prática assistencial do Serviço de Enfermagem do CEPON, pois, possibilitam o desenvolvimento das ações de forma interativa com o paciente oncológico, ou seja, paciente, família e enfermagem relacionam-se com a finalidade de diagnosticar e conhecer os problemas e as necessidades do paciente/família, com a intenção de elaborar um plano de ação de cuidados de enfermagem.

O processo interpessoal, faz com que o profissional de Enfermagem e o paciente interajam buscando um crescimento recíproco, e por o outro lado, o processo educativo para o autocuidado, sugerido por OREM, faz com que o indivíduo busque possibilidades, “para a manutenção da vida, da saúde e do “bem-estar”.

Esta dinâmica possibilita uma aproximação da família e comunidade, pois estes também passam por etapas de aprendizado para o autocuidado.

4.1 - PROCESSO INTERATIVO – TEORIA DE HILDEGARD E. PEPLAU

Na Teoria do Processo Interativo de Hildegard E. Peplau, a tomada de decisões terapêuticas de Enfermagem é determinada através da interação entre paciente e enfermagem de forma direta e com a família, sociedade e ambiente de forma indireta.

Existe uma relação de afinidade entre o profissional e o indivíduo. A enfermagem trabalha a individualidade do ser, encontrando significado nesta experiência. O cuidado de enfermagem nesta teoria é humanístico procurando assistir as necessidades humanas básicas para que o indivíduo supere o desconforto, a dúvida, a ansiedade e a insegurança. Procura também preparar o paciente e família para a independentização do paciente com o profissional de enfermagem, através das etapas de informação, esclarecimentos e controle de habilidades, isto representa o processo de aprendizado para o retorno ao lar e as atividades locais.

Peplau identifica quatro fases nas relações interpessoais:

4.1.1 - Orientação:

É a fase de conhecimento e entrosamento entre paciente/enfermagem/família, de reconhecimento de expectativas e de identificação de problemas. Segundo Peplau, “ tal ação diminui a tensão e a ansiedade proveniente da necessidade e do medo do desconhecido”.

4.1.2 - Identificação:

Esta fase é representada por um canal de comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente. É nesta fase que acontece a tomada de decisão quanto ao auxílio mais adequado. Cada paciente reage de forma distinta, a relação com o enfermeiro pode ser de interdependência, independência e dependência.

4.1.3 - Exploração

O enfermeiro ajuda o paciente a conhecer e explorar todos os caminhos disponíveis, ajudando-o na resolução do que foi identificado como problema, conseqüentemente ocorre o progresso na direção do passo final a fase de solução.

Alguns pacientes poderão tornar-se independentes, autoconfiantes e demonstrarão iniciativa, estabelecendo um comportamento adequado para atingir algum objetivo.

O enfermeiro, deve encorajar o paciente à análise, à percepção e ao conhecimento de suas sensações, pensamentos e comportamentos, sem características de julgamentos, ou seja, de uma forma terapêutica. Isto é, o uso de auxílio profissional para alternativas de solução do problema.

4.1.4 - Resolução.

As metas foram satisfeitas em decorrências da interação da interação enfermeiro/paciente e também com a família. No entanto, há a necessidade da dissociação da relação terapêutica interpessoal, tendo em vista que o paciente já foi solucionado. Tanto o paciente quanto o profissional tornam-se pessoas mais seguras, amadurecidas e independentes, ou melhor, está é a fase da finalização da relação terapêutica profissional.

A teoria de Peplau apresenta restrições ao envolvimento com a sociedade e o ambiente, ou ainda no que diz respeito aos pacientes

inconscientes e aos indivíduos retraídos que não se comunicam de modo eficaz, desta forma, não se adequam a fase de orientação por não haver interação.

Devido a estas limitações associamos à Teoria de Peplau a Teoria de do Autocuidado de Orem, teorias compatíveis que se interrelacionam.

Acreditamos que esta associação possibilitou a operacionalização do projeto de forma lógica e simples, além de ter garantido que as ações de enfermagem fossem desenvolvidas de forma mais completa.

4.2 - AUTOCUIDADO – TEORIA DE DOROTHÉA E. OREM

De acordo com OREM, “a Enfermagem tem como especial preocupação a *necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos*”. Em sua terceira edição de Nursing: Concepts of Practice, OREM desenvolve sua teoria geral de Enfermagem, em três partes relacionadas. Essas partes são: 1- Autocuidado, 2- Deficiência do autocuidado e 3- Sistemas de Enfermagem.

A adaptação da Teoria para a Enfermagem Oncológica visa auxiliar o indivíduo a perceber e a realizar o autocuidado quando possível, e quando não, a família e ou enfermeiro assumem, mas tendo sempre como intuito a autonomia do indivíduo.

4.2.1 - Teoria do Autocuidado

A teoria do autocuidado define o autocuidado como:

“A prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do seu bem-estar.”

“Autocuidado efetivamente executado, contribui de maneira específica para a integridade da estrutura humana para o funcionamento da pessoa e para seu desenvolvimento”.

“Habilidade (humana) para engajar-se em autocuidado”.

Nesta fase, o indivíduo desenvolve seu autocuidado voltado para as necessidades do processo de vida e de manutenção da integridade e funcionamento da estrutura humana (universal), para as adaptações às mudanças físicas ou outras (desenvolvimentais) e para as experiências do processo saúde-doença ou experiências médicas (desvio de saúde). Estas ações tem o objetivo de provisão do autocuidado.

4.2.2 - Teoria do Déficit do Autocuidado

Fase que compreende os desvios de saúde, nela surgem as limitações do autocuidado do indivíduo. A enfermagem começa a atuar satisfazendo a demanda atual de autocuidado através dos conhecimentos, habilidades e experiências. “O indivíduo necessita de ajuda para recuperar-se da enfermidade ou ferimento, ou ainda, para compatibilizar-se com seus efeitos”.

Segundo Orem, há cinco métodos de ajuda pelo enfermeiro:

1. Agir ou fazer pelo outro;
2. Guiar o outro;
3. Apoiar o outro;
4. Proporcionar o ambiente que promova o desenvolvimento pessoal quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;

5. Ensinar o outro.

Orem identifica cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

1. Iniciação e manutenção das relações enfermeiro/paciente, com pessoas, famílias ou grupos, até que os pacientes possam realmente ser dispensados da enfermagem;
2. Determinação da possibilidade de os pacientes serem ajudados pela enfermagem e a maneira como isso pode se dar;
3. Resposta às solicitações, desejos e necessidades dos pacientes, através do contato e da ajuda dos profissionais de enfermagem;
4. Prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta aos pacientes e aos seus familiares, importantes sob a forma de Serviços de Enfermagem;
5. Coordenação e integração dos Serviços de Enfermagem com a vida diária do paciente com outros cuidados de saúde necessitados ou sendo recebidos e com outros serviços de caráter social ou educativo, necessários ou sendo recebidos.

4.2.3 - Teoria de Sistemas de Enfermagem

Orem define sistemas de ações terapêuticas para o autocuidado do paciente, tendo o intuito de satisfazer sua condição física, clínica e emocional.

Sistema de Enfermagem e suas atividades:

1. Sistema Complementar Compensador: ocorre quando o paciente não tem os recursos necessários para alcançar a demanda da terapêutica de autocuidado e a satisfação desta demanda é de responsabilidade do enfermeiro, devendo ter o objetivo de dar suporte à vida, à segurança e assegurar o funcionamento orgânico efetivo;

2. Sistema Parcialmente Compensador: ocorre quando o paciente e o enfermeiro desempenham medidas de assistências à saúde. Neste sistema os recursos para alcançar algumas das demandas de autocuidado terapêutico estão dentro da capacidade do paciente, e os que não estão são de responsabilidade do enfermeiro;
3. Sistema de Suporte Educativo: ocorre quando o paciente tem os recursos para alcançar as demandas de autocuidado terapêutico, mas necessita da assistência do enfermeiro para tomar decisões, controlar comportamentos ou adquirir conhecimentos ou habilidades. E ainda abrange a capacidade de familiares e amigos para o envolvimento no processo de autocuidado.

Conforme enfatiza Orem, é o próprio sistema de valor que determina as prioridades do autocuidado, adicionado ao envolvimento do paciente em sua execução, visto ser estratégia valiosa de suporte ao retomo do indivíduo no seu papel social, enquanto ser laborativo, participativo e produtivo. As ações de autocuidado que atende as variações da saúde são facilmente assimiladas por aqueles que detenham o poder de confiar em si mesmo e na sua reabilitação. Pode um enfermeiro encorajar e salvaguardar as potencialidades do paciente, a fim de prevenir o surgimento de novas limitações para o autocuidado .

4.3 - CONCEITOS UTILIZADOS:

Para nos orientar na elaboração e execução deste trabalho, utilizamos conceitos de: Twycross, Radünz, Marcelino, Ávila et al., Ferreira e OMS (Organização Mundial de Saúde).

Enfermagem

“É a arte de cuidar em saúde, buscando a qualidade de vida, através do cuidado técnico e humanizado. Seu exercício exige conhecimento científico próprio a ser consolidado e ampliado. Possui habilidade para promover a educação, em constante interação com o paciente, procurando atender suas necessidades, estimulando e promovendo o autocuidado, utilizando os recursos da família, considerando a realidade do contexto no qual está inserido” (Ávila et al. 1997, p. 5).

Enfermeira em oncologia

Segundo RADÜNZ (1998, p. 6) “é um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de enfermagem em oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao agir terapeuticamente”.

Cuidar

Para RADÜNZ (1998, p. 15), “é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar, percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro os procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e/ou condições para tal. Ao cuidar procurar-se

á estabelecer também uma política assistencial de saúde e de enfermagem, garantindo acesso ao tratamento, à medicação etc..., o que, certamente, garantirá uma qualidade de assistência”.

Saúde

“É uma condição de bem-estar e de qualidade de vida do ser humano, num constante processo de interação e equilíbrio consigo mesmo e com o meio” (Ávila, et al. 1997, p. 4).

Doença

“Doença/ câncer em oncologia não representa uma única doença, mas é um processo comum a um grupo de manifestações não saudáveis que diferem em sua etiologia, frequência e manifestações clínicas, que alteram a vida numa proporção multidimensional, de acordo com os critérios pessoais/culturais/situacionais” (Ávila, et al. 1997, p. 5).

Ser Humano

“Ser humano é um ser livre, vivendo em sociedade, com características próprias e individuais, com direito a qualidade de vida, a liberdade e a segurança, com igualdade de direitos, sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política e classe social, com direito a ser aceito, respeitado, reconhecido, estimulado e compreendido como pessoa, com capacidade de aprender e ensinar, de aceitar e propor mudanças” (Ávila, et al. 1997, p. 4).

Cliente Oncológico

“Corresponde ao nosso conceito de “homem”, interagindo com seu processo de doença. Neste processo ele apresenta manifestações gerais que o leva a procurar os serviços de saúde, para investigar as causas destas alterações no seu contexto de vida e saúde, buscando uma forma de amenizá-las e visando a remissão e/ou controle da doença com qualidade de vida, dentro de um processo interativo com os profissionais de saúde e a família” (Ávila, et al. 1997, p. 5).

Para RADÜNZ (1998, p.6) cliente oncológico “é um ser humano com diagnóstico de câncer que vem ao serviço de saúde para: início de tratamento quimioterápico; surgimento do protocolo de drogas; controle quando em remissão da doença; reinício do protocolo de drogas, em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário; acompanhamento final de vida”.

Unidade Paliativa

Segundo a OMS (1995), a Unidade paliativa que é o ambiente onde nosso cliente está inserido, é a unidade onde se promove uma qualidade de vida até o momento da morte, com controle da dor e outros sintomas com o uso de drogas analgésicas e atendendo suas necessidades básicas, proporcionando-lhe uma morte tranqüila, oferecendo suporte às necessidades sociais, espirituais e psicológicas dos pacientes e suas famílias.

Cuidado Paliativo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995) cuidado paliativo é o cuidado ativo dos pacientes com câncer terminal, momento em que sua enfermidade não responde mais as medidas curativas disponíveis.

Qualidade de Vida

Segundo TWYXCROSS apud AVILA (1998, p. 5), qualidade de vida “é a satisfação experimentada e/ou expressada pelo indivíduo, sendo influenciada pelos aspectos pessoais, psicológicos, sociais e espirituais. Há uma boa qualidade de vida, quando as aspirações dos indivíduos são satisfeitas e cumpridas na existência atual”.

Família

“É o principal grupo social no qual o homem interage constantemente em todos os momentos, de forma afetiva e com responsabilidades. Serve de apoio nos momentos de crise, atuando como suporte e interagindo com os serviços de saúde. A família ao mesmo tempo precisa de cuidados, orientação e acompanhamento dos profissionais de saúde, devido a sua participação ativa no processo do cuidado e readaptação a uma nova condição, auxiliando na busca pela qualidade de vida no processo de morrer do seu familiar” (Ávila, et al. 1997, p. 4).

Comunidade

“É o segundo grupo após a família no qual o ser humano está inserido. É o ambiente cultural, social e profissional que vai caracterizar crenças, valores e percepções do indivíduo. Tem importante papel no processo saúde/doença, através do desenvolvimento de ações que visem educar e apoiar o ser que teve uma intercorrência no seu ciclo vital, numa prática cooperativa, promovendo a qualidade de vida e minimizando os sofrimentos do portador de câncer” (Ávila, et al. 1997,p.4).

Assistência Domiciliar

“É a uma mobilidade de assistência que visa o cuidado ao paciente que está em casa. Reúne o conhecimento popular, trabalha com o esforço do grupo familiar e profissional na busca de conforto para a pessoa que está enfrentando uma doença. A mola mestre de assistência domiciliar é a comunicação entre família-paciente-equipe de saúde” (Ávila, et al. 1997, p.7).

Cliente Terminal

“É o ser que teve um diagnóstico de câncer e encontra-se fora de possibilidades terapêuticas antitumorais, com sobrevida limitada. Deve ser considerado em sua totalidade, respeitando sua condição, tratando todas as manifestações que possam trazer-lhe desconforto e assegurando-lhe o direito de decidir sempre que possível” (Ávila, et al. 1997, p. 7).

Morrer

“O morrer é o processo mais íntimo da existência humana não compartilhado, em que os padrões das atividades físicas e mentais do enfermo decresce continuamente até sua cessação definitiva, acompanhado pelos familiares e/ou equipe de saúde” (Ávila, et al. 1997, p.7).

Equipe Multiprofissional

“É o trabalho realizado por vários profissionais e disciplinas interrelacionadas. É o abandono da assistência fragmentada para o resgate do cuidado global unindo os profissionais de saúde numa prática interativa” (Ávila, et al. 1997, p.6).

Sala de Espera

Segundo Ferreira (1986, p.1538) “compartimento qualquer onde se faz hora ou se aguarda o momento de ser atendido”.

5 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é o método científico de ações para identificação e resolução de problemas, através da interação e do autocuidado com o paciente e família, com a finalidade de sistematizar a prática de enfermagem, com o intuito de satisfazer as necessidades do

paciente, da família, da comunidade e da equipe de enfermagem (Avila, 1998, p.14).

As enfermeiras do CEPON adaptaram as fases do processo de enfermagem de PEPLAU e OREM e organizaram da seguinte forma:

5.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

É a fase do processo onde o paciente refere seus problemas, suas necessidades, através de uma investigação planejada pelo enfermeiro, observando suas reações de modo bio-psíquico, social, cultural e espiritual. Os dados devem ser coletados através do processo interativo com o paciente/família, da avaliação física, laboratorial e dos diagnósticos médico, psicológico, nutricional, de enfermagem e outros. O enfermeiro deve objetivar, além de sistematizar os problemas, minimizar as tensões e ansiedades associadas ao medo do desconhecido, assim prevenindo problemas futuros. Os déficits de autocuidado, e a capacidade da pessoa para efetuar autocuidado, sem conhecimentos, habilidades e motivação para tal atividade devem ser identificados nesta fase (Avila, 1998, p.:14) (anexo 1).

5.2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É a análise criteriosa dos dados coletados no histórico. Objetiva a identificação dos problemas reais ou potenciais, e a área a ser focalizada pela ação dos profissionais de enfermagem. Tais dados devem ser analisados pelo enfermeiro, juntamente com o cliente/paciente, interagindo, buscando soluções e priorizando os problemas a serem trabalhados. O diagnóstico de enfermagem deve ser feito mentalmente durante a coleta de dados, desta

forma, não há registros específicos. Por outro lado, é ele que irá determinar qual será o plano de ação (Ávila, 1998, p.:19).

5.3 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Determina a ação a ser executada em relação aos problemas detectados. O paciente e sua família devem ser consultados antes da formulação das metas e dos objetivos. É a fase que desenvolve habilidades para prevenir, reduzir ou retificar os problemas encontrados através do histórico de enfermagem. O enfermeiro deve elaborar um plano para o autocuidado, que poderá ser compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio e educação (Ávila, 1998, p.: 19). O impresso utilizado para prescrição de enfermagem na Unidade Ambulatorial e Hospitalar (anexo 2).

5.4 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o período de identificação das mudanças no paciente (comparação com o Histórico) em decorrência do plano de ação colocado em prática. Processo de avaliação contínua e realizada pelo paciente/família e pelo enfermeiro, podendo resultar na resolução de problemas ou até na correção do plano de cuidados, tendo sempre o objetivo de alcançar as metas planejadas (Ávila, 1998, p.: 23) (Anexo 3).

6 - METODOLOGIA

6.1 - CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTÁGIO

A prática Assistencial foi desenvolvida no Hospital do CEPON, que está localizado na rua General Bitencourt, nº 326 no Centro de Florianópolis; no Ambulatório do CEPON e na realização de visitas domiciliares junto a equipe do PID.

O CEPON é um serviço público destinado às ações de prevenção e tratamento do câncer no Estado de Santa Catarina e Centro de Referência da Organização Mundial da Saúde para a Medicina Paliativa na Brasil.

O médico Alfredo Daura Jorge em 1974 fundou um Ambulatório de Oncologia nas dependências do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), chamado CEPON. Este Ambulatório congregou médicos especialistas na área, enfermeiros e especialistas afins, que atendiam a demanda de pacientes com câncer de todo o Estado. A crescente demanda levou a emancipação do CEPON em 1991, quando tornou-se uma Unidade da Secretaria da Saúde (SES). Em 1994 o CEPON adquiriu autonomia administrativa através da FAHECE (Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON), uma Fundação Privada, sem fins lucrativos, que atua em parceria

com o Governo do Estado, através da SES, proporcionando atendimento de pacientes oncológicos, utilizando-se de três programas integrados: assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar, norteados por uma visão multidisciplinar.

O Hospital do CEPON passou por uma ampla reforma sendo inaugurado em setembro de 1996, com 39 leitos sendo 12 para os cuidados paliativos e tendo como características uma filosofia humanizada de atendimento e a terceirização dos serviços de base: lavanderia, zeladoria, nutrição, vigilância e os serviços de laboratório e diagnóstico. Este Hospital destina-se à internação de pacientes clínicos oncológicos, onco/hematológicos e de cuidados paliativos.

A equipe profissional do CEPON é composta por 323 funcionários, incluindo os serviços terceirizados (5). Destes, 35 são enfermeiros, 76 são técnicos de enfermagem e 12 são auxiliares de enfermagem.

6.2 - FILOSOFIA DO CEPON

O Serviço de Enfermagem do CEPON tem como filosofia, oferecer ao cliente oncológico e sua família, uma assistência qualificada, humanizada, individualizada e com qualidade de vida, na área hospitalar, ambulatorial e domiciliar, com suporte técnico para o tratamento ou controle do câncer e suas manifestações, respeitando as características culturais, sociais e espirituais de cada indivíduo, através do processo interativo, além de estimular, orientar e promover o autocuidado (Avila, 1998, p.: 3).

6.3 - VISÃO DO CEPON

Ser Referência Nacional no Controle do Câncer.

6.4 - MISSÃO DO CEPON

Oferecer a comunidade Catarinense serviço humanizado e com resolutividade na área do Câncer, divulgando, normatizando, executando e controlando ações que visem a prevenção, diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa.

6.5 - POLÍTICAS E DIRETRIZES DO CEPON

- Garantir aos pacientes oncológicos um tratamento multidisciplinar integrado a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- Informar e orientar sobre prevenção e diagnóstico precoce do Câncer;
- Descentralizar as ações de combate ao câncer em cidades de referência no Estado;
- Incentivar e apoiar o ensino e pesquisa na área de Oncologia de forma autônoma ou integrada a Instituições afins do país e exterior;
- Promover capacitação e aperfeiçoamento técnico e humano na área de oncologia;
- Desenvolver o Registro de Câncer que sirva como base de dados epidemiológicos para futuras ações;
- Projetar e construir o novo complexo hospitalar;
- Implementar o Programa de Qualidade;
- Informatizar os serviços essenciais;

OBS.: As diretrizes estão sendo reavaliadas juntamente com o Planejamento Estratégico, podendo sofrer alterações.

6.6 - POPULAÇÃO ATINGIDA

A população atingida neste trabalho compreendeu pacientes oncológicos adultos e família, em ambiente hospitalar que encontravam-se internados na Unidade de Suporte oncológico ou em domicílio (participantes do PID) e os pacientes do ambulatório, que se encontravam na sala de espera nos dias que estivemos lá.

A carga horária prevista pela coordenação da 8ª fase para o desenvolvimento deste trabalho era de 306 horas, sendo 220 horas de estágio, e 86 horas para a elaboração e apresentação do projeto e relatório; Nosso estágio foi realizado em 340 horas

7 - OBJETIVOS

7.1 - OBJETIVO GERAL

- Cuidar do paciente oncológico e sua família no ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar, utilizando a metodologia elaborada pelo serviço de Enfermagem do CEPON, baseada nas Teorias de OREM e PEPLAU.

7.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar o processo de enfermagem segundo a metodologia elaborada pelo serviço de Enfermagem do CEPON.

- Realizar visitas domiciliares junto à equipe do PID.

- Ampliar habilidades técnico científicas na área da Enfermagem Oncológica.

- Desenvolver atividades de educação em saúde na sala de espera do ambulatório do CEPON.

8 - OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES

8.1 - OBJETIVO 1

•Aplicar o processo de enfermagem segundo a metodologia elaborada pelo serviço de Enfermagem do CEPON.

Dedicamos nossas manhãs ao cumprimento deste objetivo, salvo os dias em que fomos ao ambulatório ou participar de outras atividades relacionadas ao nosso projeto.

O Suporte Oncológico do CEPON é a unidade que presta cuidados paliativos aos pacientes exigindo assim muito preparo psicológico e emocional dos profissionais, pois os pacientes e famílias necessitam de atenção redobrada (anexo 4 – fotos 1 e 2).

Na nossa prática desenvolvemos atividades já previstas, tais como: participação na passagem de plantão; visita diária aos pacientes e família (anexo 5 – foto 1); histórico, prescrição e evolução de enfermagem (Anexo 1, 2, 3); auxiliamos na realização de eletrocardiogramas; realizamos curativos simples e complexos (anexo 5 – foto 2); preparamos e administramos medicação; executamos punção venosa; executamos

cateterismo vesical de demora; realizamos cuidado com o corpo e tamponamento e atendemos intercorrências que surgiam durante o período.

Esta foi a parte da nossa prática através da qual mais nos entrosamos com pacientes e seus familiares, podendo assim experienciar situações novas e desafiadoras, remetendo-nos muitas vezes a pensar na nossa própria finitude e a de nossos entes.

Nós vivenciamos momentos de muita emoção. No segundo dia de estágio presenciamos a crisma e unção dos enfermos feita por um padre a pedido da família, de uma paciente de 21 anos com câncer de ovário. Ela já havia se tornado especial para nós, pela sua juventude, sua aparência debilitada, apresentando icterícia acentuada, caquexia intensa, com alopecia total. No momento do ato religioso nós nos encontrávamos na enfermaria, auxiliando na execução de um curativo. No final, o padre voltou-se para nós, fazendo uma oração para os cuidadores e para os outros pacientes na enfermaria. Esta situação nos remeteu a um bombardeio de emoções, um misto de vontade de “sumir”, chorar, com os pensamentos se confundindo em nossas mentes. Foi constrangedor não saber como agir e como demonstrar o que sentíamos aos outros pacientes. Mais tarde procuramos conversar sobre o que havia acontecido, para encontrar uma forma de agir frente a situações como esta. A paciente foi a óbito no dia seguinte, no final do nosso plantão.

Outro fato marcante foi assistir o óbito da paciente I. Por aproximadamente uma semana cuidamos da mesma. Era uma paciente lúcida, orientada, contactuante, que questionava cada medicação que era oferecida e muitas vezes se negava a tomá-las. Tinha uma personalidade matriarcal, não queria que seu marido fosse visitá-la porque ele já havia vivenciado o processo de morrer da sua primeira esposa, e ela dizia não

querer que ele passasse por tudo outra vez. Na manhã do dia 04/04/00 informaram no plantão que ela havia piorado, tendo sido feitas tentativas de aspiração sem sucesso. Respirava com auxílio de um catéter de O₂, estava com cianose de extremidades. A pedido da família iniciamos o banho de leito. Ao colocá-la em decúbito lateral direito, drenou de sua boca uma secreção escura tipo borra de café, em grande quantidade, seguida de cianose intensa. A enfermeira foi chamada e juntas presenciamos ao óbito, que foi uma cena angustiante. A cada inspiração crescia nossa esperança de que ela não iria morrer. Não sabemos quanto tempo durou essa angústia, mas pareceu-nos horas. Quando então o óbito foi constatado as esperanças acabaram. Ao vermos o marido dela aproximar-se do leito, não conseguíamos mais segurar o choro. Nos refugiamos na sala de reuniões onde ficamos até nos restabelecemos. Apesar do ocorrido encontramos forças para fazer o preparo do corpo e tamponamento. Nossa dificuldade em aceitar a morte neste caso nos reflete em pensar quão despreparadas estávamos. Durante a graduação nos foi ensinado a ‘salvar vidas’ estando a morte tão distante das nossas ações. Mas, como afirma RADÜNZ (1999) temos que prestar o cuidado ao ser humano na sua finitude e não com o enfoque na evitabilidade da morte. Acreditamos que ao término do nosso estágio conseguimos pelo menos amadurecer um pouco nossa concepção de finitude e inevitabilidade da morte, começando nas mudanças de nossas próprias vidas.

Remen apud Radünz (1999) registra um retrato do profissional de saúde: “... é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado do treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos mas sim realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo

conhecimento e maior compreensão da natureza humana. Todos os dias os profissionais da saúde se vêem confrontados com a vulnerabilidade humana ...[...]... a vulnerabilidade pode se tornar esmagadora e dolorosa, fazendo com que eles se afastem e distanciem na tentativa de se defenderem através de atitudes que os tornem mais frágeis e menos atuantes” (p.102).

Apesar das situações experienciadas, houve momentos de recompensa, palavras, gestos e ações de pacientes que nos fizeram ter a certeza de estarmos conseguindo superar nossas limitações e desenvolver nossas atividades com qualidade. Conseguimos também conquistar a admiração de muitos pacientes e principalmente de seus familiares que por várias vezes mencionaram sua confiança e o anseio para que não fôssemos embora ao término do estágio.

Outra vivência que nos marcou principalmente pela família que nos deu um exemplo de humanidade, foi o do Sr. *H. F.(anexo 1), com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão. Segundo os familiares, ele foi uma pessoa rígida e de difícil trato, que levou ao afastamento dos filhos e ao sofrimento da esposa pelos atos ilícitos que cometia. Com a doença superou determinados comportamentos, reunindo sua família que o perdoou, apesar de os familiares estarem distanciados por muito tempo. Veio morar na casa de um dos filhos para facilitar o acesso ao tratamento e aproveitou a oportunidade para pedir perdão e restabelecer vínculos com a esposa e filhos. Sabia de seu diagnóstico e vinha se despedindo das pessoas queridas. Nós conhecemos este paciente e família na primeira semana de estágio e logo em seguida ele teve alta. Dentro de três semanas teve nova internação, desta vez o nosso vínculo era forte pois na visita domiciliar que fizemos nos tornamos mais uma parte atuante do processo de cuidar, enquanto que no hospital nossa relação era de carinho e afetividade. Os familiares compartilhavam conosco suas vivências e nos confiavam seus

anseios. O paciente veio a falecer no dia 08/05/00. Depois disso já tivemos dois contatos com alguns familiares, e foram muito gratificantes.

“Quando a morte está próxima, freqüentemente, os pacientes e suas famílias, querem aproveitar o tempo mais plenamente possível, encaminhando, resolvendo assuntos de suas vidas que antes não mereceram especial atenção: o perdão, a reconciliação e a afirmação de valores, muitas vezes se dá no leito de morte” (MARCELINO, 1997, p. 27).

A presença da família na unidade é constante, facilitando assim nossas ações de cuidado. Nós cuidadores – enfermagem e família – vivemos uma relação de interação. Sentimos que o nosso papel frente aos familiares foi na maioria das vezes o de traduzir as informações que lhes foram passadas. Uma das vivências que podemos relatar foi de uma familiar que estava sentada e sozinha na sala de convivência. Encontrava-se com o olhar perdido, com seu semblante triste, parecia que procurava algo, ou alguém que estendesse as mãos e lhe desse um pouco de alento. Foi então que ao sentar ao seu lado e perguntar se poderia ficar com ela e conversar um pouco, para saber o que estava passando pela sua cabeça frente a situação de seu irmão, que ela contou a trajetória dele até aquele momento. Outros assuntos foram buscados, para tentar animá-la, foi perguntado *Como vão seus filhos?, e o seu marido?*. Ela com um olhar bem triste percebeu que as perguntas não eram para magoá-la e respondeu que não tinha filhos e seu marido tinha falecido em Janeiro deste ano. Falou que estava tudo bem e que a “bola fora” que havia sido dado não era problema. Ela relatou ter ficado muito feliz só do fato de termos conversado, pela oportunidade de desabafar um pouco seus sentimentos em relação ao estado de seu irmão e de ter alguém ao seu lado. Assim, após rezarmos um pouco nos despedimos para ela ficar um pouco mais com o seu irmão.

Não é somente o paciente que vive a doença e sim todas as pessoas que o cercam, que necessitam também de cuidados, ajuda e atenção frente aos

aspectos emocionais e muitas vezes sociais que vivenciam. Na nossa concepção a família é uma corrente que quando um dos elos se rompe toda essa estrutura acaba abalada. Apesar das reações serem variadas, algumas famílias se reaproximam, enquanto outras permanecem estáticas com a situação.

Aprendemos uma lição de vida com a paciente S. Sua batalha diária para vencer a dor nos motivou muito para estudarmos mais sobre analgesia, cada nova prescrição aumentava nosso sofrimento em administrá-la, eram doses altas, via subcutânea, o rodízio não era efetivo por ela não aceitar a administração em outro lugar além do abdome. Houve tentativas de prescrição médica de 300 ampolas/dia de sulfato de morfina, mas devido a sua incapacidade de manter um sítio subcutâneo foi inviável. Durante alguns dias consegue-se o controle da sua dor. Ela já estava internada há quatro meses e foi uma das primeiras pacientes do Hospital. Nesta última internação sofreu uma intervenção cirúrgica retirando seu membro inferior na altura da coxa. Devido seu estado debilitado, ter diabetes descompensada, várias infecções, teve deiscência de sutura, resultando em uma lesão na qual podíamos visualizar a ponta do fêmur. Atualmente a lesão tem apresentado melhora, com os tecidos regenerando, mas sua aparência continua chocante. Essa paciente é considerada pela equipe como se fosse alguém da família e agora faz parte da nossa também.

Ficamos muito felizes com o carinho recebido, o reconhecimento do nosso trabalho pelos profissionais, pacientes e familiares

8.2 - OBJETIVO 2

•Realizar visitas domiciliares junto à equipe do PID.

Este objetivo do nosso projeto foi atingido e cumprido com satisfação.

Assistência domiciliar é uma forma de tratamento utilizada com sucesso em outros países. No Brasil contamos com apenas alguns projetos em funcionamento.

O CEPON desenvolve atividades assistenciais a nível domiciliar desde 1992, proporcionando uma assistência multidisciplinar aos pacientes com câncer terminal e auxiliando seus familiares a prestar assistência fornecendo suporte emocional e material, sem distinção social. Atualmente a coordenação deste programa é feita pela Enf^a Milene Goulart Beck.

A equipe é composta por quatro enfermeiros, uma assistente social e um médico. Pelo número reduzido de profissionais o Programa suporta o atendimento de no máximo onze pacientes.

Nas visitas a equipe varia de acordo com a escala do serviço e elas são agendadas de acordo com a necessidade do paciente. Diariamente o enfermeiro faz os contatos telefônicos com a família e o serviço fica à disposição dos pacientes e familiares 24 horas, para tirarem dúvidas, cabendo ao enfermeiro de plantão da Unidade de Suporte Oncológico atendê-las. O programa faz o acompanhamento da família enlutada.

Realizamos visitas domiciliares durante onze tardes, totalizando 20 visitas (anexo 6 – foto 1).

A experiência adquirida em participar das ações de um Programa como o PID é muito grande. Fomos até o local de inserção do paciente, ver sua realidade, suas limitações, seu estilo de vida, o que enriqueceu nossos conceitos de um bom cuidado domiciliar.

Tivemos a oportunidade de acompanhar a evolução de pacientes que estavam internados no hospital, melhoraram a sintomatologia e foram para casa, retornando posteriormente ao hospital.

O ponto chave da nossa participação nessas visitas foi de podermos vislumbrar este período de transição, onde o paciente em domicílio permanece sob a ótica do cuidado hospitalar apesar de estar em seu meio.

Um exemplo bastante marcante foi o do paciente *H.F., masculino, 66 anos. Na primeira semana de estágio o conhecemos, bem como sua esposa, filho e nora, (pensávamos ser sua filha até o dia da visita domiciliar); naquela semana recebeu alta hospitalar e orientações acerca das medicações e cuidados a serem seguidos por seus familiares, seguindo assim o protocolo do programa onde receberia a visita dentro de aproximadamente 15 (quinze) dias ou se houvesse necessidades.

No dia 18/04/2000 realizamos visita (Cristina, Soraia, Enf^o Adriano, Psicóloga Eduarda e o motorista Hamilton), no Alto Aririu – Palhoça, fomos recebidos por um vizinho e em seguida pela sua nora. A casa foi adaptada para receber o paciente, conseguiram através de doação um leito hospitalar e fizeram da sala o seu quarto, por ter mais espaço e proporcionar interação nas atividades diárias dos familiares. A parte posterior do terreno contava com uma diversidade de árvores cultivadas por ele e atualmente mantidas pelo filho e netos. Foi feita a consulta de enfermagem, avaliado o curativo de uma ferida ulcerativa de pressão, e feito o desbridamento e curativo com carvão ativado. Foram dadas orientações quanto às mudanças de decúbito, curativo, medicações e esclarecimento das suas dúvidas, que eram muitas, quanto às dores que irradiavam, posições para dormir, alimentar-se e sair do leito. Com auxílio da esposa sentou-se na cadeira de rodas e fez questão de nos mostrar sua propriedade.

A paciente J.com câncer de colo uterino é um exemplo de sucesso da filosofia PID; “em casa consegue-se fazer o controle da dor e dos sintomas”. Realizamos três visitas a ela. Ela reside no Monte Verde. As visitas eram feitas quando havia alguma alteração no seu estado. Por exemplo, na nossa última visita a queixa era anorexia, disúria e ardência ao urinar, a visita foi feita pelo enfermeiro, médico e nós. A paciente apresentava um quadro de desidratação leve e referiu querer receber soro, foi então orientada em aumentar sua ingestão hídrica, que segundo o esposo era “quase nada”, encaminhada para fazer exames laboratoriais e recebeu as medicações que estavam no fim (anexo 6 – foto 2).

No dia 01/06/00 fomos visitar o paciente P. a pedido da mãe que estava desesperada. Ele reside atualmente na Praia de Fora na Palhoça. A casa é de madeira, com quatro cômodos, sem forro, com a fiação elétrica precária

e não tem ‘tapa junta’ entre as tábuas das paredes. Como estava frio no dia da visita podíamos sentir o vento entrar pelas frestas. Na casa moram o paciente, quatro irmãs, sua mãe e padrasto (que vai para casa nos finais de semana devido ao trabalho)(anexo 7 – fotos 1 e 2). O paciente residia em Urubici, com a avó, em Junho de 1999, teve uma queda de um pinheiro de aproximadamente quinze metros de altura, depois de mais ou menos sete dias começou com edema no joelho esquerdo, procurou um médico que o recomendou fazer compressas quentes, havendo alguma melhora, depois de um mês e meio foi ao Hospital Regional de São José, onde diagnosticaram hematoma e foi prescrito fisioterapia. Não fez a fisioterapia e as compressas não adiantavam mais. Retornando assim para sua cidade, foi consultar outro médico que pediu alguns exames, logo depois fez biópsia e ficou internado mais ou menos sete dias. Foi encaminhado para a emergência do Hospital Regional de São José e ficou aguardando vaga para o Hospital do CEPON. Foi diagnosticado osteossarcoma com metástase pulmonar, feito amputação em membro inferior esquerdo na altura do joelho. Teve várias internações para controle da dor. Na visita o paciente encontrava-se bastante depressivo, queria ir para sua cidade por estar com saudade de parentes e amigos, deixando sua mãe preocupada por não ter condições financeiras, a dor dele não estar controlada e se ele piorasse lá ela não teria como trazê-lo de volta. Conversamos com ele tentando conscientizá-lo de que naquele momento a sua vontade não poderia ser feita e que tentaríamos achar uma solução. No dia seguinte o paciente foi internado por tentativa de suicídio por superdosagem de sulfato de morfina. Fizemos algumas tentativas mas, ele não nos falou nada sobre sua atitude ou a outra pessoa da equipe. Nossa impressão sobre o ocorrido foi a intenção dele de chamar atenção. Nos pareceu que na verdade ele não queria realmente morrer e sim conseguir uma forma de ser ouvido ou “chantagear” sua mãe. O fato dele não morar com a mãe, até o início da

doença, fez com que ele não criasse um vínculo afetivo com ela, sendo para ele difícil entender os gestos dela para o seu bem. A mãe demonstrou interesse em satisfazer sua vontade, mas por dificuldades financeiras isto está completamente fora do seu alcance.

A família, na visão da equipe de assistência domiciliar, é o alicerce, o seguimento de grande atenção e prestador de cuidados. Estes cuidadores, com frequência, precisam de um período de descanso e relaxamento. É importante lembrar que a doença tem um efeito sobre a família toda. Cuidar de um familiar ou amigo poderá ser recompensador, entretanto, poderá ser, fisicamente e emocionalmente desgastante (MARCELINO, 1997).

Pudemos observar claramente esta afirmação com a família do Seu M. (anexo 8 fotos 1 e 2). Mesmo sendo pai de 12 filhos vivos o cuidado concentrava-se em uma única pessoa, que nos relatava “*não agüentar mais, por ter que cuidar dele sozinho*”. Esta saturação ocorreu aproximadamente na segunda semana de internação domiciliar. Ela foi orientada a procurar auxílio dos outros irmãos. O paciente foi a óbito antes que isto acontecesse.

O PID por ser um programa pioneiro em Florianópolis e contar com uma equipe qualificada nos proporcionou a aquisição de conhecimento de uma temática muito promissora para a Enfermagem, o Cuidado Domiciliar.

8.3 - OBJETIVO 3

•Ampliar habilidades técnico-científicas na área da Enfermagem Oncológica.

Atingir este objetivo nos proporcionou um crescimento profissional muito grande. Participar das reuniões de estudo de caso, que ocorriam todas as quintas-feiras, após a visita aos pacientes internados na Unidade de Suporte Oncológico pela equipe multiprofissional, nos fez sentir parte integrante da equipe, que procura buscar soluções para diminuir o estresse, a dor, angústia e medos dos pacientes e famílias. Cada paciente é analisado na visita, e na reunião são discutidos os casos. Também eram abordados temas para discussão e complementação de nossos conhecimentos, como no dia 13/04 que foi apresentado a leitura de um texto sobre sudorese relacionado a pacientes com neoplasias (anexo 9 – fotos 1 e 2).

Realizamos visitas no Ambulatório e Transplante de Medula Óssea (TMO)- que fica no 5º andar do Hospital Celso Ramos- acompanhadas pela Enfermeira Carmem que nos mostrou todas as dependências e nos apresentou a alguns funcionários. No ambulatório tivemos a oportunidade de ver o local de preparo dos quimioterápicos, vimos os pacientes em

quimioterapia e conhecemos o fluxograma dos pacientes dentro da Instituição. Foi interessante esta experiência, pois o ambulatório ter uma dinâmica completamente diferente do hospital, através da qual visualizamos a trajetória dos pacientes que cuidamos no hospital. O TMO é a mais recente vitória do CEPON e conta com uma estrutura que foi preparada para prestar este serviço. A enfermeira da Unidade nos mostrou as dependências, que foram reformadas a fim de preencherem os pré requisitos do Ministério da Saúde para o funcionamento de uma unidade como esta. Ficamos surpresas com a qualidade estrutural. Para entrar na unidade foi preciso utilizar pro-pé e a lavagem rigorosa das mãos. A enfermeira nos relatou que além disso os funcionários precisam usar uma roupa específica da unidade. Possuem sistema de purificação do ar, conta também com uma cozinha dentro do TMO onde o cuidado e preparo dos alimentos para os pacientes desta unidade devem ser diferenciados e possuem um quarto para cuidados intensivos. Através das explicações da enfermeira tivemos a oportunidade de saber como é feito um transplante de medula óssea.

Fizemos um breve contato com o HEMOSC, onde postergamos a nossa visita para os dias nos quais iremos participar de um treinamento em hemoterapia, oferecido pelo HEMOSC na segunda semana de Julho.

No dia 28/03/00 participamos da reunião anátomo clínica do programa de residência médica em Oncologia, no anfiteatro do ambulatório do CEPON, com o tema: Tumores Intra Cardíacos (anexo 10). Foi feita apresentação de um estudo de caso de uma paciente que havia sido atendida no hospital do CEPON. Pela evolução rápida e a necessidade de comprovar o diagnóstico de um tumor tão raro decidiram fazer um

autópsia, com a autorização da família. Foi uma aula fascinante principalmente pela patologista ter trazido as peças para a visualização.

Com a palestra do dia 31/03/00, com o tema: exames laboratoriais “hemograma” apresentada pela Dra. Lígia, relembramos e aprendemos um pouco mais sobre a formação das células sanguíneas. Tivemos a oportunidade de ter nosso primeiro contato com provas diagnósticas de leucemia e até mesmo terminologias específicas.

No dia 18/04/00 participamos da palestra ministrada pelo Dr. Aiuka intitulada Drogas 2000. Nesta palestra foi falado sobre as novas drogas quimioterápicas, seus sítios de ação e seus protocolos.

No dia 12/05/00 participamos da atualização técnico-científico com o tema da tese: “Uma filosofia para enfermeiros: o Cuidar de si , a convivência com a finitude e a inevitabilidade de ‘Burnout’”, apresentada pela Professora Doutora Enfermeira Vera Radünz. Tivemos conhecimentos do conteúdo de seu trabalho. Foi apresentado uma fundamentação teórica acerca da temática e a pesquisa realizada com os enfermeiros do CEPON. Tivemos a oportunidade de participar ativamente, fazendo a leitura de algumas narrativas de alguns enfermeiros.

Dia 26/05/00, assistimos a explanação da enfermeira Kádía sobre a assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. Ela falou sobre o cuidado pré e pós-operatório ao paciente traqueostomizado, ilustrando as formas de cuidar e estimular o autocuidado aos pacientes preparando-os para a alta.

Fomos questionadas pela enfermeira Maíra se tínhamos interesse em ministrar uma aula aos alunos de oitava série do colégio Bardal. No dia 26/05/00 após um breve contato com a aluna, fomos encaminhadas à sala de aula onde falamos sobre câncer de mama, prevenção, diagnóstico, fatores de riscos e respondemos às perguntas dos alunos que aproveitaram para tirar dúvidas e perguntar sobre outros tipos de câncer.

Dia 31/05/00 participamos do Dia mundial sem tabaco no Largo da Alfândega. (anexo 11). Colaboramos com a assistente social Rosângela do setor de prevenção do CEPON e a enfermeira Mara da Secretária de Saúde na organização e preparo da campanha no dia do evento. Administramos os recursos materiais e os recursos visuais do estande, orientamos os voluntários a abordar o público alvo e os locais a que deveriam ir e fizemos orientações às pessoas que passavam pelo local.

No decorrer do estágio foram surgindo temáticas das quais não tínhamos conhecimento. Procuramos esclarecer essas dúvidas através da leitura de livros, textos, artigos dos assuntos que iam surgindo. Os assuntos estudados envolveram o uso de sítio subcutâneo (anexo 12), drogas quimioterápicas, analgesia (uso de opióides), efeitos colaterais das drogas utilizadas na Instituição, tipos específicos de câncer, aspectos psicológicos e emocionais do paciente/família com câncer.

A busca do conhecimento não deve ser estática e sim contínua em todas as fases de nossas vidas. Esta foi uma fase vencida que nos proporcionou um engrandecimento profissional para a vida futura.

8.4 - OBJETIVO 4

• Desenvolver atividades de educação em saúde na sala de espera do ambulatório do CEPON.

Ao criarmos este objetivo nossa primeira intenção foi de fazer um diagnóstico da sala de espera, abordando os assuntos e situações mais frequentes, de forma que de acordo com as questões levantadas, pudéssemos contribuir para ações de educação em saúde junto aos pacientes e acompanhantes que lá permanecem.

Dedicamos cinco manhãs, em semanas diferentes, para coletar alguns dados. (anexo 13 – fotos 1 e 2). Chegávamos e nos colocávamos entre os pacientes, como se não nos conhecessemos. Permanecíamos sentadas entre eles ouvindo as conversas, participando muitas vezes destas, observando os comportamentos, gestos e expressões. A cada dia encontramos pessoas, histórias e situações diferentes. Permanecíamos por volta de 3 horas na sala de espera e depois nos encontrávamos para discutir o que observamos,

fazendo nossas anotações. Comparamos nossas informações e delas extraímos as similaridades e pontos marcantes dos dados.

Pudemos através da amostra coletada iniciar o que denominamos de “diagnóstico da sala de espera”.

Achamos a sala de espera do Ambulatório de CEPON um lugar diferente de qualquer sala de espera que tínhamos ido antes. Tentamos nos imaginar como um paciente que foi para sua primeira consulta, encaminhada pelo médico de sua cidade, indo lá aguardar pelo inesperado e deparar-se com situações inusitadas, ouvir relatos de outras pessoas que passaram por várias experiências negativas com o tratamento, ver pacientes em cadeira de rodas, mastectomizadas, ‘carecas’, traqueostomizados etc, tudo isto podendo ser muito aterrorizante.

Ao observar situações e ouvir vários relatos pudemos analisar o que foi mais relevante dos dados coletados.

Talvez seja coincidência, mas, na maioria das vezes as pessoas com o mesmo diagnóstico sentavam-se juntas, principalmente as mastectomizadas e os assuntos eram vários, desde o casamento até a morte de algum conhecido. Toda conversa começava com história de vida pessoal, marido, filhos, vizinhos, profissões, desilusões, alegrias e tristezas do dia-a-dia de qualquer pessoa. A morte e a batalha contra a doença eram os assuntos que mais pairavam sobre a sala de espera e a morte em questão não era a sua própria, mas a de alguém conhecido, seja morte por câncer, ou não. Ficava nítida a angústia acerca desse assunto.

A religiosidade é um aspecto forte frente à doença. As crenças eram diferentes, mas, o apoio espiritual era comum entre eles, pois a palavra mais usada entre eles era Deus, que existe em todas as religiões. A mãe de um paciente relatou *“Confio em Deus, não me preocupo com a doença dele, quando ele era criança ele já teve essa doença leucemia, agora*

voltou". Falava-se em milagres que haviam acontecido "*Quando F. meu cunhado, sofreu um acidente e o carro capotou, a polícia disse que não sabe como ele ficou vivo, ele falou que sentiu como se fosse uma mão passar no rosto dele, foi a mão de Deus que salvou ele*". "*Pra Deus nada é impossível*".

O fato de estar acompanhado é muito importante durante o período de espera, sendo o acompanhante um ponto de apoio para o paciente, um porto seguro para minimizar o estresse da demora. Muitas vezes, no entanto, pode-se sentir sozinho estando acompanhado, ou seja, quando o acompanhante limita-se em 'estar lá' e não 'estar com' o paciente.

São inevitáveis as comparações dos remédios, tratamentos e medos, e normalmente quem tem mais tempo de tratamento dá dicas do que lhes foi ensinado pelos profissionais, relatando suas experiências, as limitações que a doença impôs, mudando completamente suas atividades diárias, profissionais e de lazer e maneiras de superá-las. As mudanças estéticas são questionadas, o temor de perder o cabelo, o pudor em não ter mais a mama, a perda de peso são indagados entre eles. Na fala de uma das pacientes constatamos "*A sua amiga que faz quimioterapia, também caiu os cabelos?*"

Muitos falavam da sua doença, como começou, sintomas; alguns não sabiam o diagnóstico, por proteção da família. Uma senhora falou "*eu tenho uma amiga que tirou toda a mama, mas não disseram para ela o que tinha*", a outra disse: "*Se tiraram é porque tinha alguma coisa..., ...só o fato da palavra já choca*" uma terceira pessoa disse "*quando soube fiquei em depressão*". A palavra 'câncer' em toda a sociedade tem relação com a morte, por isso o medo de pronunciar esta palavra já impressiona as pessoas, principalmente quando se refere ao seu próprio diagnóstico. Durante todos os dias que estivemos lá, **nunca ouvimos alguém dizer** "eu

tenho câncer”, mas sim “*eu tenho um nódulo*”, “*uma bolinha*” ou “*um tumor*”.

O que mais observávamos na sala de espera eram pacientes e familiares se recostando nas poltronas e paredes para tentar compensar o cansaço de uma longa viagem. Escutávamos frases referindo cansaço desta vida de ir e vir. Era visível em seus semblantes a melancolia, angústia e sofrimento.

Entendemos quando uma paciente disse que a sala de espera “*é uma sala de tortura*”.. pois não se sabe o que vai acontecer do outro lado da porta, a sua situação pode ter ou não melhorado, criando assim uma expectativa sofrível.

Durante nossas conversas, mesmo sem saberem o porquê de estarmos ali, muitos pacientes ou acompanhantes deram dicas de melhoria da sala de espera. Disseram que muitas vezes é difícil entender o médico quando os chama pelo alto falante; a televisão não tinha função nenhuma pois fica ligada em programações banais e sem som, ficando impossível acompanhá-la; que um “baralhinho” ou um dominó ajudariam a passar o tempo.

Acreditamos que atividades de entretenimento ocuparão o tempo gasto na espera, fazendo com que ele não seja tão maçante.

Experenciar momentos na sala de espera foi muito interessante. Apesar de não termos prestado assistência de Enfermagem, conseguimos enriquecer nossas vivências e mostrar uma temática até então não valorizada por profissionais da área da saúde, procurando identificar através de estudo exploratório inicial quais os termos de saúde que mereciam ser abordados enquanto pacientes e acompanhantes esperam pela consulta ambulatorial e que atividades poderiam ser propostas para que o tempo ali gasto seja bem empregado.

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos proporcionou experiências que vamos levar por toda a nossa vida. É muito bom ter a certeza que fizemos a escolha certa, concluir que o que almejávamos desde o início da graduação foi realizado com sucesso.

Nossos objetivos foram alcançados com êxito. Foi válido aplicar o Processo de Enfermagem nos remetendo à realidade que teremos como enfermeiras, nos proporcionando interação enfermeira/paciente/família. É através do processo, ou seja, de uma metodologia de assistência, que a Enfermagem consegue saber da trajetória do paciente e família e através do qual registra e mostra seu trabalho.

Conseguimos na nossa prática assistencial diminuir nossos tabus e medos frente à morte, visto que as situações vividas e nossas batalhas pessoais nos permitiram desenvolver habilidade de enfrentar nossos sentimentos e pensamentos.

O Programa de Internação Domiciliar, nos lançou uma nova opção de atuação na Enfermagem, principalmente pelo desempenho do programa, pois seu objetivo é de apoiar, educar e estimular o paciente e família para o

autocuidado. Aprendemos com os profissionais a valorizar e respeitar as opiniões e decisões do paciente e família, gerando um cuidado mútuo e não simplesmente passivo. Acreditamos que o sucesso do Programa não está relacionado apenas aos aspectos clínicos, mas também ao contexto familiar dos pacientes. Começamos a entender a dimensão da importância deste contexto quando entramos em contato com o mesmo.

A atividade na sala de espera foi um desafio para nós. Buscamos superar nossas expectativas frente a um tema que nunca havíamos abordado. Encontramos um lugar rico para nossa atuação, pois a diversidade de pessoas com o diagnóstico diferenciado de câncer é inúmera. Admiramos a cada dia essas pessoas que lá conhecemos, com elas aprendemos a ter um pouco mais de auto confiança, a superar dificuldades, a ter persistência e enfrentar conflitos interiores.

A equipe do Suporte Oncológico é responsável em grande parte pelo nosso desempenho, pois o apoio e carinho com que nos receberam foi fundamental. Os integrantes desta equipe são profissionais nos quais procuramos nos espelhar, a fim de prestar um cuidado com a mesma qualidade.

Este estágio fez com que valorizássemos mais o ser humano e a vida, aceitando a realidade da finitude. O que vivenciamos nos impulsionou a vencer nossos próprios obstáculos, tornando-nos pessoas mais sensíveis e preparadas para enfrentá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÁVILA, L. M. R et al. Metodologia Assistencial e Filosofia do Serviço de Enfermagem. CEPON, Florianópolis, 1998.
2. ATKINSON, L. D., MURRAY, M. E. Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: editora Guanabara, 1989.
3. CARVALHO, M. M. M. J de (Coord.). Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.
4. FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1986.
5. FONSECA, S. M. da , et al. Manual de quimioterapia Antineoplásica. Rio de Janeiro; Reichmann & Affonso ED, 2000.
6. IGISK, C. B. G. Implantação da Assistência de Enfermagem, na unidade Ambulatorial do Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis, 1997. (Monografia de conclusão de curso de

Especialização em Projetos Assistenciais – Espensul, Repensul, UFSC).

7. MARCELINO, S. M. R. Cuidando do Paciente com Câncer Avançado em Casa – Acompanhamento pelo Telefone. Florianópolis, 1997. (Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Projetos Assistenciais – Espensul, Repensul, UFSC).
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Coordenadoria de programa de Controle do Câncer – Pro-Onco). Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer, INCA (Instituto Nacional de Câncer), 1995.
9. MURAD, A. M., KATZ, A. Oncologia: Bases Clínicas do Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1996.
10. NETTINA, S. M. Prática de Enfermagem. 6ª Edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1999.
11. RADÜNZ, V. Cuidando e se cuidando: Fortalecendo o “self” do Cliente Oncológico e o “self” da Enfermeira. Goiania: AB, 1999.
12. RADÜNZ, V. Uma Filosofia Para Enfermeiros: o Cuidar de Si, a Convivência, com a Finitude e a Evitabilidade do Burnout. Florianópolis, 1999. (Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, na área de concentração: filosofia da Enfermagem).
13. ROBBINS, S. L., COTRAN, R. S. & KUMAR, V. Fundamentos de Robbins Patologia Estrutural e Funcional. 5ª edição, rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1996.

14. SCHULZE, C. M. N. (Org). Dimensões da Dor no Câncer: Reflexos Sobre o Cuidado Interdisciplinar e um Novo Paradigma da Saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
15. SHÖELLER, M. T. Guia prático para o Tratamento da Dor Oncológica. Florianópolis, SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), 1999.
16. SMELTZER, S. C., BARE, B. G. (Brunner & Suddarth) Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 8ª edição, Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1998.
17. STEDEFORD, A. Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
18. TWYXCROSS, R. G., LACK, S. A. Terapêutica em Câncer Terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
19. UICC (União internacional Contra o Câncer). Manual de Oncologia. 5ª edição, Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989.
20. WYNGAARDEN, J. B., SMITH, L. H., BENNETT, J.C. (CECIL) Tratado de Medicina Interna. 19ª edição, volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1993
21. www.inca.org.br/ perguntas e respostas – 13/03/00
22. www.inca.org.br/ o que é câncer – 13/03/00.
23. www.inca.org.br/ estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 1999).

ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro e Históricos de Enfermagem

ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RELATO DO PACIENTE:

O relato deve ser sucinto, deve conter as queixas, história da vida familiar/econômica do paciente. Deve conter os hábitos de higiene (banhos se são diários, a limpeza do cabelo, a higiene oral), sono e repouso, hábitos alimentares e se possui alguma adição (alcoolismo, tabagismo, ou uso de drogas). A profissão e o status na vida familiar. Como se relaciona na vida familiar e social. Alguns dados só serão importantes se o enfermeiro achar que for necessário colocar. É importante colocar se o paciente tem conhecimento do diagnóstico, se possui história familiar de câncer ou se algum tratamento anterior, ou ainda se há presença de outras doenças. Também é importante questionar o que espera da Instituição (CEPON), do Serviço de Enfermagem e como se sente em relação a internação hospitalar. Além disso, seria bom perguntar o que gostaria de fazer para passar o tempo e ou se gostaria que soubéssemos de mais alguma coisa. Alegrias, se existirem especificá-las.

EXAME FÍSICO (descreva apenas as alterações encontradas):

Condição de rede venosa:

Identificar se a via de acesso é periférica ou central, bem como suas características. Observar questões como visualização, presença de esclerose e mapeamento. Se houver presença de catéter, identifique sua localização, o tipo e alterações se houverem.

Avaliação do tecido subcutâneo:

Identifique as principais áreas para punção.

1. Cabeça e pescoço:

Observar mucosas (cor, integridade, presença de mucosite), presença de sangramentos, umidade, presença de lesões, nódulos, gânglios enfartados, deformidades. Presença de próteses dentárias, uso de óculos, aparelhos para audição. Avaliar acuidade auditiva e visual, alterações da voz, na deglutição. Avaliar higiene da cavidade oral.

2. Tronco-dorsal:

Avaliar simetria, expansão torácica, tosse, presença de lesões cutâneas, dispnéia, secreções, presença de traqueostomia (tempo que faz uso, condições).

3. Mama:

Avaliar simetria, presença de nódulos e descarga mamilar (caracterizar) e orientar o auto-exame de mama.

4. Abdome:

Avaliar distensão, presença de lesões, estomas realizar palpação (presença de massas endurecidas) e percussão.

5. Sistema Gênito-Urinário e Perianal:

Se o paciente referir alguma anormalidade, proceder o exame físico e avaliar as condições de higiene, presença de secreções, lesões, odor, nódulos palpáveis e pruridos. Avaliar ciclo menstrual e/ou outras secreções (quantidade, odor e duração).

6. Eliminações:

Eliminações intestinais: Hábitos individuais, freqüências, odor, quantidade, cor, elementos anormais (parasitas, sangue, muco e pus).

Eliminações Vesicais: Hábitos individuais, freqüências, odor, quantidade, densidade, continência, cor, elementos anormais (sangue, pus, depósitos e cálculos).

Eliminações Gástricas: Vômitos (freqüência, quantidade, tipo, odor, aspectos – alimentar, suco gástrico, bilioso, hamatêmese).

7. Membros Superiores e Membros Inferiores:

Observar presença de deformidades, amputações, próteses e lesões. Caracterizar a movimentação e a vascularização.

8. Dor:

Utilizar a escala visual para avaliar a intensidade da dor. Registrar a localização e as características da dor. Questionar se na presença da dor existe algo que a alivie, se é remédio, posição, sono ou outros.

Avaliação do Enfermeiro em Relação ao Paciente e a Família

Autocuidado:

1. Dependente:

São pacientes dependentes, que estão impossibilitados no momento de exercer seu autocuidado.

2. Parcialmente Dependente:

Pacientes que apresentam déficit no seu autocuidado e são auxiliados pela equipe de enfermagem.

3. Independente com Apoio-Educação:

Pacientes executam seu autocuidado, mas há necessidade das orientações de enfermagem.

Deve ser registrado neste item as observações gerais, orientações, anormalidades, se houve interação com o paciente/família, a ansiedade em relação a doença e ao tratamento.

Observar o estado emocional, ansiedade, depressão, agressividade, etc.

Registrar o estado geral do paciente, condições de higiene, nível de consciência.

Descreva sua impressão quanto ao aspecto psico-social e espiritual (embasando-se na Teoria do autocuidado).



CEPON

Centro de Pesquisas Oncológicas
Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON - FAHECE

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Ambulatório

Hospital

Oncologia / Oncohematologia

Suporte Oncológico

NOME: H. F. ENF/LEITO: 3/1 REGISTRO: 2034

DIAGNÓSTICO: Adenocarcinoma de Pulmão

QUIMIOTERAPIA: SIM NÃO

PROTOCOLO: _____

PACIENTE CHEGOU: DEAMBULANDO MULETAS CADEIRAS DE RODAS MACA AUXILIADO OUTRO

RELATO DO PACIENTE (Interação Paciente / Família / Enfermeiro)

Paciente natural de Piratuba, reside em Joaçaba com a família. Pai de seis filhos. Apresentou irmão com Câ. Há ±43 anos pcte apresentou Ca em garganta; realizou cirurgia para retirada de massa; há ± 15 ou 17 anos houve aparecimento de massa em pulmão esquerdo; retirou 1/3 do pulmão. Há ± 3 ANOS Apresentou problema cardíaco, com edema de região onde foi retirado o pulmão, foi constatada perda de elasticidade do pulmão.

Pcte com história de uso de fumo há muito tempo e álcool associado. Em agosto, ao cortar uma Árvore, teve uma batida iniciando um aumento de massa em região occipital, foi realizado biópsia, Sendo encaminhado para o CEPON, para o tratamento com Quimioterapia e radioterapia; não resistiu a Radioterapia, familiar informa que com base no mapeamento da radio, o pcte apresenta ca em liquor, no: Fêmur direito, pulmão

Tem algia e períodos de desorientação.

Tem dificuldade para expectorar secreção pulmonar.

MEDICAMENTOS QUE FAZ USO

Nega uso de medicação para cardiopatia

EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 130/90mmHg PULSO: 80bpm RESPIRAÇÃO: 18rpm TEMPERATURA: 36,7

PESO: _____ ALTURA: _____ SUPERFÍCIE CORPORAL: _____

CONDIÇÕES DA REDE VENOSA: Finas

AVALIAÇÃO DO TECIDO SUBCUTÂNEO: Apresenta

1. CABEÇA E PESCOÇO: Normal Alterações Massa tumoral em região occipital. Paresia

2. TRONCO-DORSAL: Normal Alterações Paresia mais dificuldade para insuflar região tor dorsal.

3. MAMAS: Normal Alterações

4. ABDOME: Normal Alterações Amolecido e globoso

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO E Normal Alteraçõe Dificuldade para urin devido a posição no leito

5. ELIMINAÇÕES:

Urina: Difícil eliminação

Fezes: Sem evacuar no momento

Vômito: _____

Menstruação: _____

Outras secreções: _____

7. MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Norm Alteraçõe Paresia mais diminuição da Nos membros

8. DOR: Sim Não LOCALIZAÇÃO Generalizada

INTENSIDADE: Lev Moderada Sever Moderada para severa

CARACTERÍSTICAS: Percorre todo o corpo

O QUE ALIVIA: _____

IMPRESSÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO PACIENTE / FAMÍLIA

AUTO CUIDADO DEPENDENT PARCIALMENTE INDEPENDENTE COM APOIO-EDUCAÇÃO

Paciente desorientado em alguns períodos;

Acamado, com paresia D;

Algia generalizada;

Diurese com dificuldade, não evacuou.

DATA: 10 / 12 / 1999 HORA: _____

ENFERMEIRO / CARIMBO: Adriano Jacob



CEPON

Centro de Pesquisas Oncológicas
Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON - FAHECE

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Ambulatório

Hospital Oncologia / Oncohematologia Suporte Oncológico

NOME: H.F. ENF/LEITO: 3/1 REGISTRO: 2039

DIAGNÓSTICO: Adenocarcinoma de pulmão

QUIMIOTERAPIA: SIM NÃO PROTOCOLO: _____

PACIENTE CHEGOU: DEAMBULANDO MULETAS CADEIRAS DE RODAS MACA AUXILIADO OUTRO

RELATO DO PACIENTE (Interação Paciente / Família / Enfermeiro)

Atualização do histórico 23/04/2000

Paciente do PID, internou com dispnéia, dor intensa na região clavicular mais MIE, com escara na região do trocanter D. Fentanil intradérmico sem problemas.

MEDICAMENTOS QUE FAZ USO

-Lasix, - voltarem, - Antak, - Plasil, - Aspirina, - Lorazepam, - Dimorf e Fentanil intradérmico.

EXAME FÍSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 120x60mmHg PULSO: 100bpm RESPIRAÇÃO: 24 rpm TEMPERATURA: 36°

PESO: _____ ALTURA: _____ SUPERFÍCIE CORPORAL: _____

CONDIÇÕES DA REDE VENOSA: Regular para Terapêutica

AValiação DO TECIDO SUBCUTÂNEO: Bom para terapêutica

1. CABEÇA E PESCOÇO: Normal Alterações Dispneico, cavidade oral com sugidades.
Acuidade visual e auditiva sem problemas.

2. TRONCO-DORSAL: Normal Alterações

3. MAMAS: Normal Alterações

4. ABDOME: Normal Alterações Distendido

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO E Norma Alterações Constipado há 2 dias,
Normal.

5. ELIMINAÇÕES:

Urina: Várias vezes

Fezes: Constipado há 2 dias, com ressecamento

Vômito: _____

Menstruação: _____

Outras secreções: _____

7. MEMBROS SUPERIORES E Norma Alteração Dor em MIE + clavícula, pés frios.
Pulso pedial sem problemas. Com escara no trocanter D.

3. DOR: Sim Não LOCALIZAÇÃO Região escapular + trocanter + MIE

INTENSIDADE: Leve Modera Sever Severa

CARACTERÍSTICAS: Aos movimentos

O QUE ALIVIA: Dimorf

IMPRESSÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO PACIENTE / FAMÍLIA

AUTO CUIDADO DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE INDEPENDENTE COM APOIO-EDUCAÇÃO

Paciente dispneico, sonolento, dor severa na escapula + trocanter D + MIE, escara em trocanter D,
diurese

Presente. Leito em semi-fowler, constipado há 2 dias, paciente do PiD, com diminuição da força nos
MMII.

DATA: 23 / 04 / 2000 HORA: _____ :

ENFERMEIRO / CARIMBO: Ana Maria

ANEXO 2

Roteiro e Prescrição de Enfermagem

ROTEIRO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A prescrição diária realizada pelo enfermeiro, deve ser direcionada as necessidades (problemas) do paciente, relatadas no Histórico de Enfermagem e nas Evoluções de Enfermagem. O enfermeiro nesta etapa do processo de trabalho, deve continuar mantendo a interação com o paciente/família e informar a conduta a ser seguida pela equipe de enfermagem, sempre de acordo com as necessidades do paciente e com as necessidades clínicas.

Ressaltamos que o enfermeiro antes de prescrever deve estar ciente do Histórico de Enfermagem e Médico, da Prescrição Médica, da última evolução de todos os profissionais mais da equipe multiprofissional e ter realizado a visita de enfermagem, sendo que nesta fase pode haver a necessidade de um novo exame físico, que poderá nortear a conduta a ser tomada, bem como, possíveis alterações do quadro clínico.

A Prescrição de Enfermagem pode abranger:

- Controles;
- Alimentação/hidratação;
- Higiene;
- Conduta conforme sinais e sintomas;
- Orientações gerais;
- Cuidados específicos (ex. Sondagens, ostomas, cateteres e outros).

É importante observar que a Prescrição de Enfermagem deverá deixar claro o grau de dependência do paciente, determinado em termos de fazer, ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar.

A redação da prescrição deve iniciar-se com o verbo no infinitivo, o que determinará uma ação a ser executada.

A Prescrição ser operacionalizada pela Equipe de Enfermagem.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR
 1º Andar

 2º

Andar

 PACIENTE: *H.F.*

ENFERMARIA/LEITO: 3/1

 DIAGNÓSTICO: *Ca de pulmão*

DATA: 04/05/2000

PROCEDIMENTOS	HORÁRIO
1. Estimular/ auxiliar/ realizar banho de asperção/ leito	T O U M
2. Estimular/ auxiliar/ realizar higiene oral	T N M
3. Estimular/ auxiliar/ realizar mudança de decúbito/ massagem de conforto/ hidratação cutânea, DLD, DD, DLE.	T N M
4. Manter repouso relativo/ absoluto/ grades elevadas.	
5. Estimular/ auxiliar saída do leito.	
6. Registrar alteração de integridade cutâneo- mucosa.	T N M
7. Controlar/ comunicar alterações de sinais vitais	T N M
8. Registrar queixas álgicas, local e intensidade.	T N M
9. Estimular / auxiliar ingesta hídrica/ alimentar/ via oral/ via sondas; registrar alterações, anorexia/ disfagia/ pirose.	T N M
10. Realizar controle/ registrar características de diurese/ evacuação/ expectoração/ drenagem.	T N M
11. Manter cuidados com sondas.	
12. Trocar cateter de oxigênio de 12/12 horas.	
13. Registrar alterações respiratórias: dispnéia/ ortopnéia/ taquipnéia/ cianóse/ tosse.	T N M
14. Manter leito: cabeceira elevada/ semi-fowler/ Trendelenburg.	T N M
15. Realizar aspiração: traqueal/ oral/nasal.	
16. Realizar troca de curativo em: dissecação venosa/ punção de subclávia/ jugular com SF 0,9%/ registrar características. <i>Escara de decúbito em região coccígea</i>	T N M
17. Manter cuidado com acesso venoso/ observar permeabilidade/ observar validade da punção/ registrar alterações: flebite, soroma, equimose./ gotejamento, tracionamento.	T N M
18. Manter cuidados com sítios SC/ observar permeabilidade, registrar alterações: calor/ rubor/endurecimento/ fixação.	
19. Fazer rodízio para administração de medicação SC.	T N M
20. Registrar alterações neurológicas: desorientação/ confusão/torpor/ tontura/ cefaléia/ distúrbios.	
21. Registrar/ comunicar reações transfusionais: tremores/ calafrios/ urticária/ hipertermia.	
22. Registrar alterações hidroeletrólíticas; polidipsia/ edema/ câibra.	
23. Manter cuidados com anemia/ neutropnéia/ plaquetopenia.	
24. Registrar episódios de sangramentos.	
25. Atentar para coleta de hemocultura se hipertermia/ iniciar antibióticoterapia, spm.	
26. Registrar sinais de impregnação por opióide.	
27. Controlar HGT.	
28. Cuidados com mastectomizadas; não realizar procedimentos em MSD/ MSE.	
29. Registrar/ comunicar hiper/hipoglicemia.	
30. Manter cuidados com quimioterapia/ radioterapia.	

Ac Enf. Cristina e Soraia

 ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO 3

Roteiro e Evolução de Enfermagem

ROTEIRO PARA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A Evolução de Enfermagem é uma análise objetiva do relato feito pelo paciente e da investigação clínica pelo enfermeiro, onde serão avaliados os problemas e delineado as condutas (interativamente com o paciente/família).

A metodologia utilizada deve conter os dados subjetivos (relato do paciente), o objetivo (relato e avaliação técnica e científica pelo enfermeiro) e conduta (tomada de decisões que nortearão as prescrições).

A evolução com os pacientes atendidos na Unidade Ambulatorial deve ser realizada a cada retorno do paciente.

A evolução com os pacientes atendidos na Unidade Hospitalar deve ser realizada diariamente.

Os encaminhamentos para outros profissionais da equipe multiprofissional da Unidade Hospitalar, devem ser feitos mediante a solicitação por parecer técnico (impresso já padronizado na Instituição) e na Unidade Ambulatorial através de agendamento e registro em prontuário.

ANEXO 4
Equipe de do Suporte Oncológico



Em pé, esquerda para direita, Luciane, Elaine, Regina, Milene; sentadas Kátia e Lilia.



Da esquerda para direita, Acadêmicas Cristina e Soraia, Assistente Social Josiane, Dra. Cláudia, Enfermeira Milene e Dr. Marcos.

ANEXO 5

Fotos – Visita da equipe multiprofissional e curativo

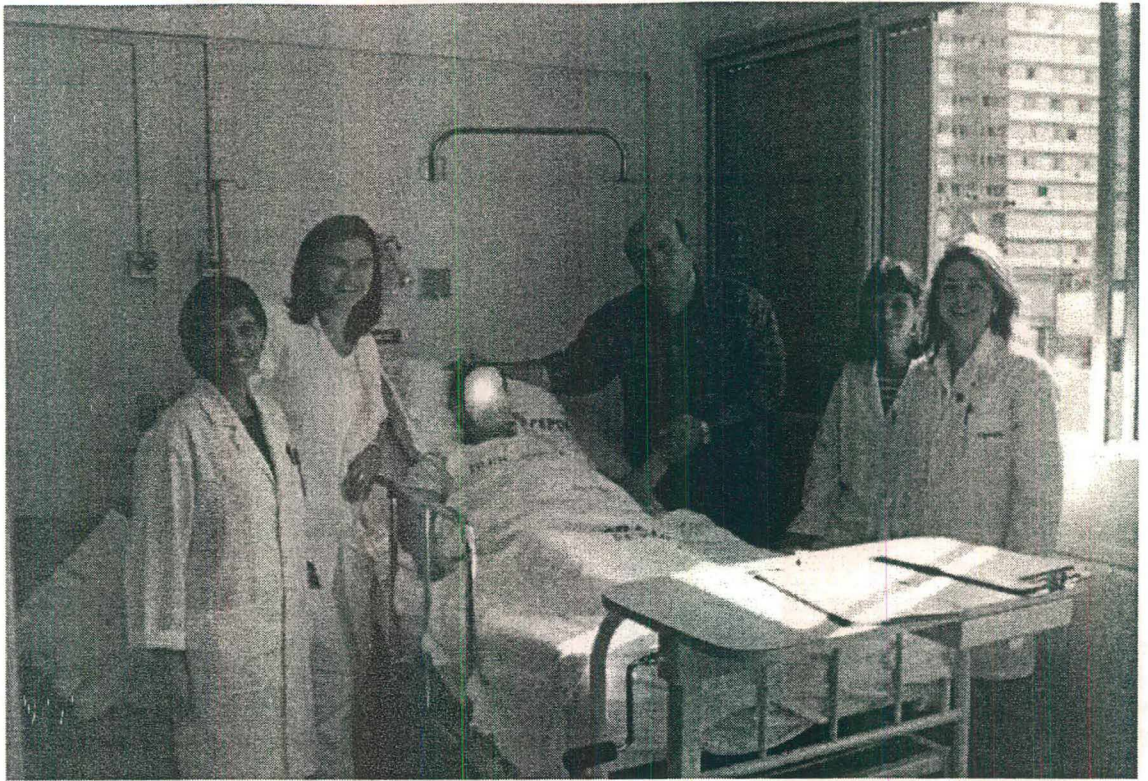


Foto 1 - Da esquerda para direita, Enf. Milene, Ac. Soraia, paciente L., Dr. Paulo, nutricionista Cláudia, Assistente Social Josiane.



Foto 2 - Realização do curativo da paciente S., pela Téc. Luciane e Ac. Soraia

ANEXO 6

Fotos – PID e Visita Domiciliar



Foto 1 - Da esquerda para direita, Ac. Soraia, Assistente Social Josiane e Ac. Cristina



Foto 2 - Visita Domiciliar à paciente J. Atrás da esquerda para direita, Ac. Cristina, Enf. Adriano, Dr. Paulo, Ac. Soraia. Na frente paciente e familiares.

ANEXO 7

Fotos – Visita Domiciliar



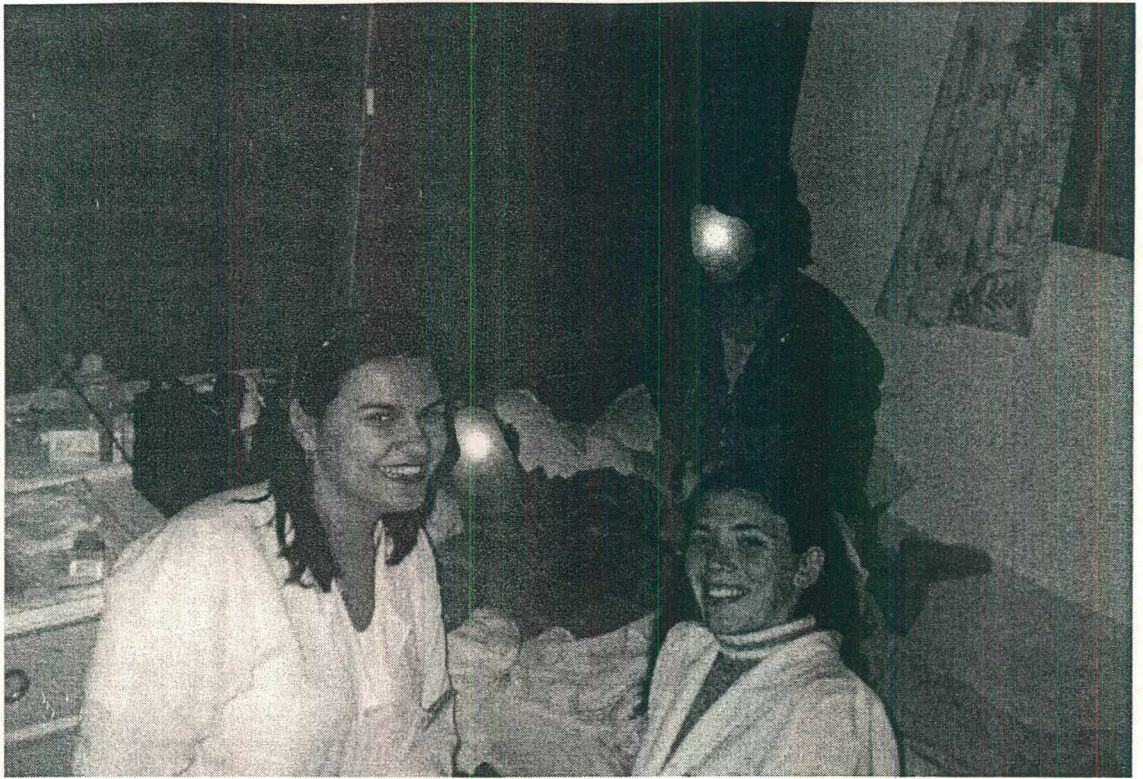
Visita Domiciliar paciente P. Frente da casa.



Visita Domiciliar paciente P. Paciente, família, Enf. Adriano e acadêmicas no quarto.

ANEXO 8

Fotos – Visita Domiciliar



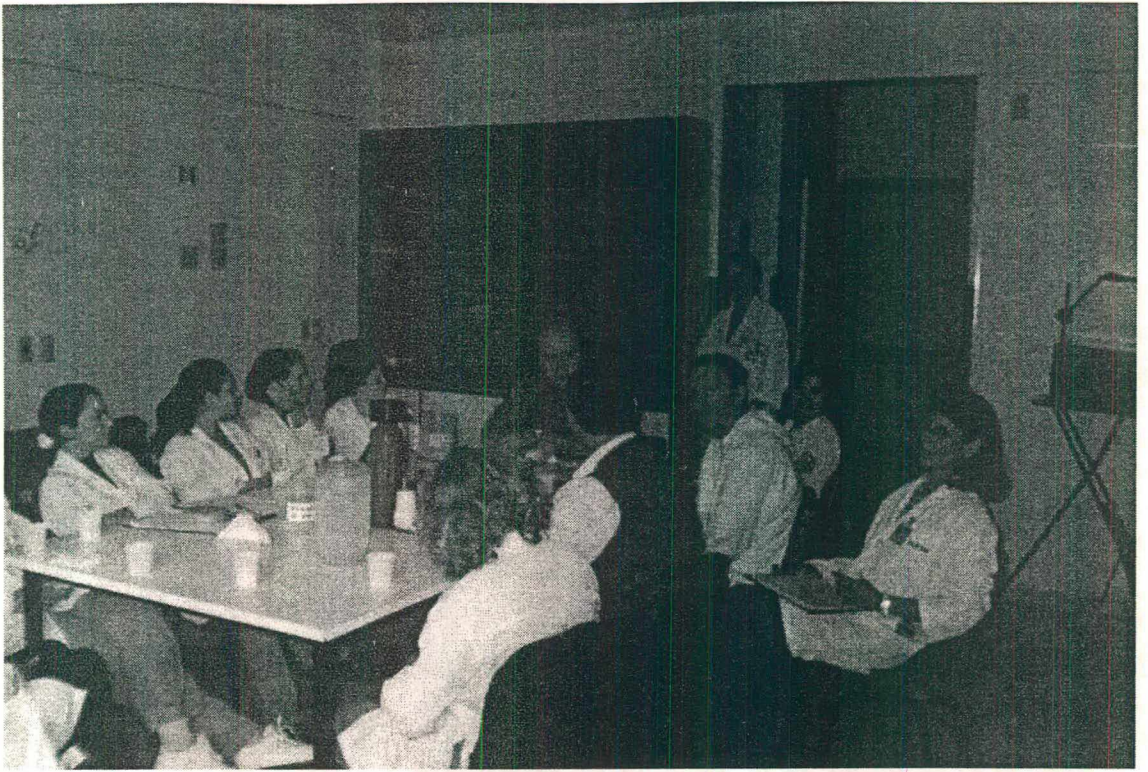
Visita Domiciliar paciente M. Paciente, filha e acadêmicas no quarto.



Visita Domiciliar, paciente e familiares.

ANEXO 9

Fotos - Reuniões da Equipe Multiprofissional



Reunião Equipe Multiprofissional



Reunião Equipe Multiprofissional

ANEXO 10

Reunião Anátomo Clínica

Tema: Tumores Intracardíacos

REUNIÃO ANATOMO CLÍNICA – CEPON
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA –ONCOLOGIA
CLÍNICA-2000

DATA : 28/03/2000-03-27

TEMA : TUMORES INTRA CARDÍACOS

História clínica : V.A .B., feminina, branca, 32 anos de idade, do lar, natural e procedente de Florianópolis.

Queixa principal: Dispnéia, dor torácica e tosse seca.

Exame físico: Cianose de extremidades e peri labial, lesão em região lateral da coxa esquerda, hepatomegalia. Ausculta cardíaca : taquiarritmia(110 bpm), sopro sistólico, Pa: 100/50. Classe funcional III-IV. Taquipnéia(30mrpm) e diminuição do MV em base direita.

Antecedentes Pessoais: Fumante (1 carteira/dia). Dois partos normais, um filho deficiente.

Antecedentes Familiares: Mãe com CA de pulmão.

Exames solicitados: Laboratoriais- Hemograma : Hb 10.7g/dl

Ht 31.5%

Eosinofilia: 5.1%

VHS: 39 mm

Potássio: 3.8 mEq/l

Glicose normal

Gama GT 177u/l(7-32)

Fosfatase Alcalina 668u/l(ate 255 u/l)

DHL 748 u/l(208-428 u/l)

Eletrocardiograma: Inespecifico com sinais de sobrecarga de AE

US. de abdome: normal

(14/02/2000)

Ecocardiograma Doppler: derrame pericárdio moderado. Tumor de grande tamanho, ocupando a cav. AD.

Função hepática normal.

Massa em pericárdio medindo

2,0 cm. Obstrução severa da via de entrada do VD.

Solicitado punção aspirativa com agulha fina de lesão em coxa esquerda.

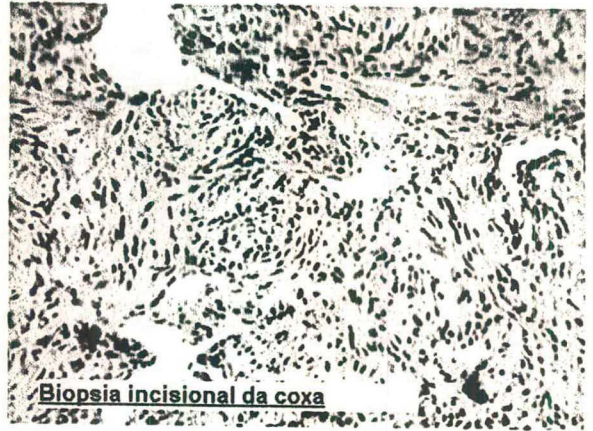
Solicitada biópsia incisional de lesão em coxa esquerda.

óbito em 20/02/2000 , 13:50 hs. Impressão diagnóstica clinica da causa de

óbito: insuficiência cardíaca.



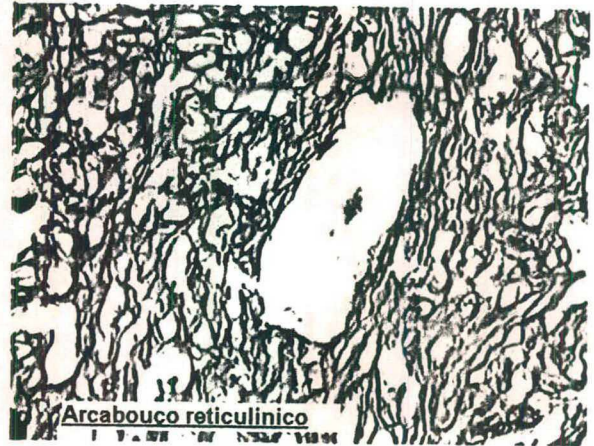
punção aspirativa de lesão de coxa



Biopsia incisional da coxa



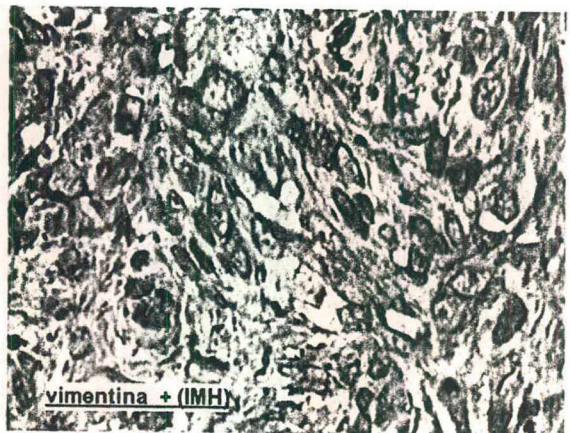
Tumor intra cardíaco de AD.



Arcabouço reticulínico



Fator 8 positivo (IMH)



vimentina + (IMH)

ANEXO 11

Fotos – Campanha Dia Mundial sem Tabaco

Folder



Stand do CEPON



Enf. Mara, Ac. Soraia, Ac. Cristina e Assistente Social Rosângela.

A photograph of two cowboys on horseback in a corral at sunset. The scene is silhouetted against a bright, orange and yellow sky. The cowboys are facing each other, and the corral's wooden fence is visible in the foreground. The overall mood is dramatic and classic.

Sabe aquele cowboy da propaganda de cigarro?

Morreu de cancer.

Cigarro faz mal até na propaganda.

Wayne

Wayne McLaren, o "cowboy" de uma famosa marca de cigarros, morreu de cancer de pulmão em 1992, aos 51 anos de idade.

A indústria do cigarro é uma das principais inimigas da saúde pública. Afinal, o cigarro é um produto feito para viciar e matar. São 4 milhões de mortes por ano, uma a cada oito segundos. O pior de tudo é que, nesse mesmo tempo, outra vítima é "recrutada", normalmente um jovem.

Noventa por cento dos fumantes começaram antes dos 20 anos

Um dos principais objetivos da indústria do cigarro é fazer as pessoas acreditarem que fumar é uma decisão individual, o que funciona muito bem com os jovens. E essa indústria **gasta bilhões de dólares com publicidade todos os anos** para convencer os jovens de que, fumando, eles vão ser mais sensuais, interessantes e aceitos. Você não acredita que isso é uma estratégia? Então leia o que diz um memorando dirigido ao vice-presidente de uma conhecida fábrica de cigarros:

"A marca Camel precisa aumentar sua penetração no grupo de 14-24 anos, que tem valores mais liberais e representa o mercado de cigarros de amanhã."

Memorando de 1975 para C. A. Tucker, Vice-Presidente do Marketing da R. J. Reynolds

A cortina de fumaça da indústria do cigarro

A estratégia para popularizar o uso do cigarro tem sido o **marketing agressivo** e a criação de uma verdadeira "**cortina de fumaça**", que esconde a verdade. O que acontece nos Estados Unidos e na Europa (as indenizações que os fabricantes de cigarro têm de pagar, a proibição da publicidade etc) nem sempre é conhecido em outros países, o que ajuda a indústria do cigarro a se expandir:

Com a palavra, a indústria do cigarro

Veja o que dizem alguns membros da indústria do cigarro:

"A nicotina causa dependência. Nosso negócio, então, é a venda de uma droga."

Addison Yeaman, da Brown & Williamson, 1963

"Para o principiante, fumar um cigarro é um ato simbólico. Eu não sou mais o filho da mãe, eu sou durão, sou um aventureiro, não sou quadrado... À medida que o simbolismo psicológico perde a força, o efeito farmacológico assume o comando para manter o hábito..."

Philip Morris, Vice-Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento, "Por que se Fuma", 1969

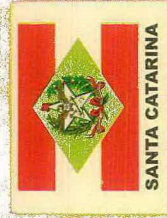
A verdade

"O cigarro não deveria ser visto como um produto, mas como um pacote. O produto é a nicotina. Pense no cigarro como um distribuidor de uma dose de nicotina. Pense em uma tragada como o veículo da nicotina."

Dra. Gro Harlem Brundtland, Diretora-Geral da OMS, Berlim, 27 de abril de 1989

Não se deixe enganar

Agora que você já conhece um pouco da estratégia da indústria do cigarro, não se deixe seduzir pelas belas imagens dos comerciais e dos anúncios de cigarro. Fumar não deixa ninguém mais bonito ou interessante. A verdade é bem outra: cigarro é droga, causa dependência e mata.



Organização Mundial da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Trabalhando em todo o Brasil

ANEXO 12

Texto Sobre Via Subcutânea

ADMINISTRAÇÃO DE FLUÍDOS POR VIA SUBCUTÂNEA

1. Conceito:

É o acesso parenteral que consiste na administração de fluídos no espaço subcutâneo. Pode ser: intermitente e/ou contínua.

2. Indicação:

- Disfagia;
- Requerimento de altas doses de opióides;
- Síndromes confusionais;
- Obstrução intestinal;
- Náuseas e vômitos;
- Desidratação.

3. Vantagens:

- É de fácil acesso, manuseio e manutenção;
- Possível ser mantido no domicílio;
- Proporciona segurança e conforto aos pacientes evitando múltiplas punções;
- É menos dolorosa (possui menos terminações nervosas);
- Pico de ação plasmática é de mais ou menos 20 minutos;
- Não limita o paciente ao leito;
- A absorção é total, o que determina fidelidade na dosagem;
- O custo/benefício é positivo;
- Menos dolorosa que a via intra-muscular e endovenosa;
- Não requer cuidado especializado.

4. Contra- Indicações:

- Estado avançado de caqueixa;
- Presença de foco infeccioso próximo ao local de punção;
- Não aceitação do paciente ou da família.

5. Locais de acesso:

5.1. Para infusão contínua e/ou intermitente

- Região infra clavicular anterior;
- Região abdominal, ao redor da cicatriz umbilical, respeitando o sentido horário;
- Região do vasto-lateral da coxa.

5.2. Para infusão intermitente

- Região da Giba (parte superior posterior do tórax);
- Região lombar no quadrante inferior externo;
- Terço superior interno do braço.

6. Material necessário:

- Bandeja contendo:
 - Compressa de gaze embebida em álcool a 70% para assepsia;
 - Scalp n° 25 ou agulha 13x4,5 (para administração intermitente);
 - Fita adesiva tipo micropore para fixação;
 - Medicação prescrita;
 - Material para tricotomia (se necessário).

7. Procedimento

1. Orientar paciente e família quanto ao procedimento
2. Eleger a melhor área da punção
3. Lavar as mãos
4. Preencher o catéter do scalp com medicação prescrita ou com SGF (Soro Glico Fisiológico)
5. Fazer assepsia do local de punção
6. Fazer uma prega no local, afim de fixar o subcutâneo para a punção
7. Introduzir o scalp em angulação aproximada de 30° na linha média da prega
8. Fixar as asas do scalp, seguida da parte anterior e posterior da agulha
9. Identificar sobre a fita adesiva: data da punção, medicação e assinatura do responsável pelo procedimento.

8. Medicamentos possíveis de serem administradas por via subcutânea

- Adrenalina
- Bleomicina
- Cimetidina
- Citarabina
- Dexametazona
- Diclofenaco de sódio
- Fenobarbital
- Furosemida
- Haloperidol
- Hialozyma
- Insulina
- Meperidina
- Metadona
- Methotrexate
- Metoclopramida
- Midazolan
- Naloxane
- Ondancetron
- Ramitidina
- Sulfato de morfina
- Tenoxicam
- Tramadol

9. Complicações

• Sistêmicas





Geralmente são inerentes ao tipo de medicação que está sendo usada e devem ser tratadas de acordo com o caso.

• Locais

São raras, mas podem ocorrer:

- Granuloma;
- Irritação de pele caracterizada por hiperemia, calor e edema;
- Sangramentos discretos em pacientes com discrasias sangüíneas, podendo ocorrer obstrução do sistema;
- Saturação do local de punção, o que requer nova punção.

Observações:

-  Realizar a punção do subcutâneo, não superficializar nem aprofundar demais a agulha do scalp para não posicionar o bisel na região intradérmica ou intramuscular.
-  Fixar o intermediário do scalp devendo estar livre na primeira fixação e preso somente com a última fita a ser fixada.
-  Observar o sentido horário no rodízio ao realizar punções na região abdominal.
-  Puncionar distante de áreas irradiadas.

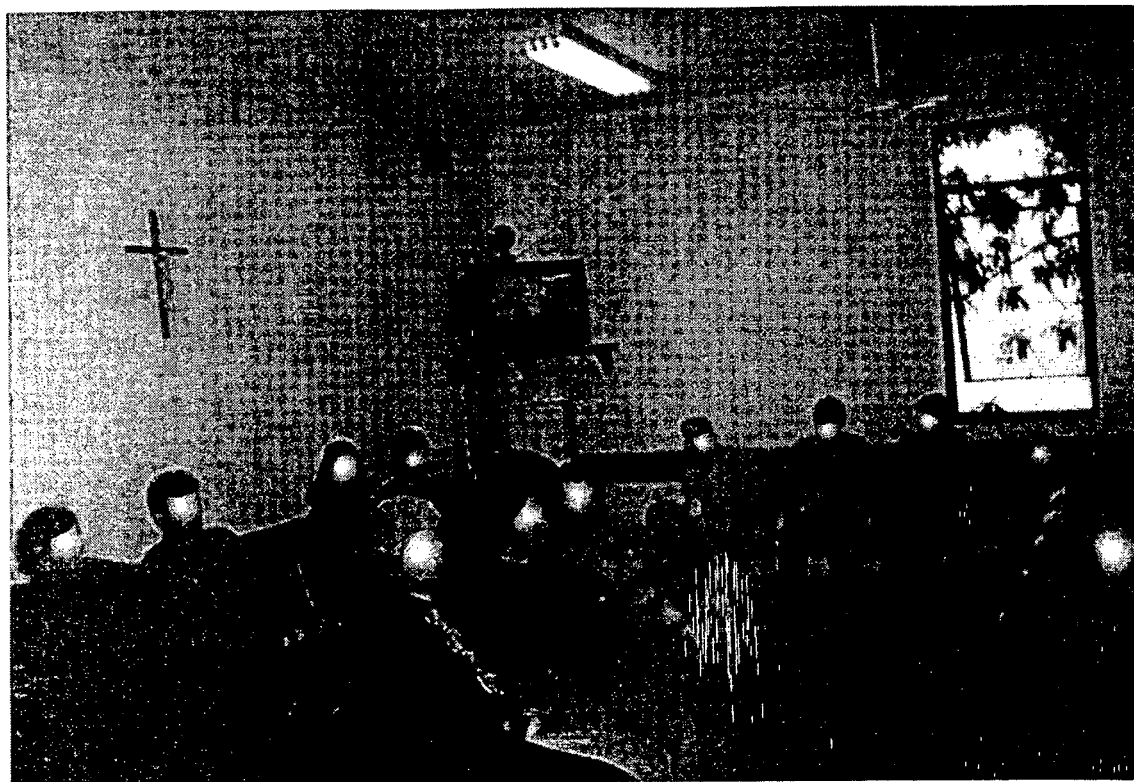
❏ Trocar a agulha e o local da punção sempre que necessário (procurando um média de sete à dez dias de permanência).

❏ Fazer o acréscimo de volume lentamente nas infusões contínuas: 1ª hora – 40ml/h; 2ª hora – 60ml/h; 3ª hora – 80 a 100ml/h.

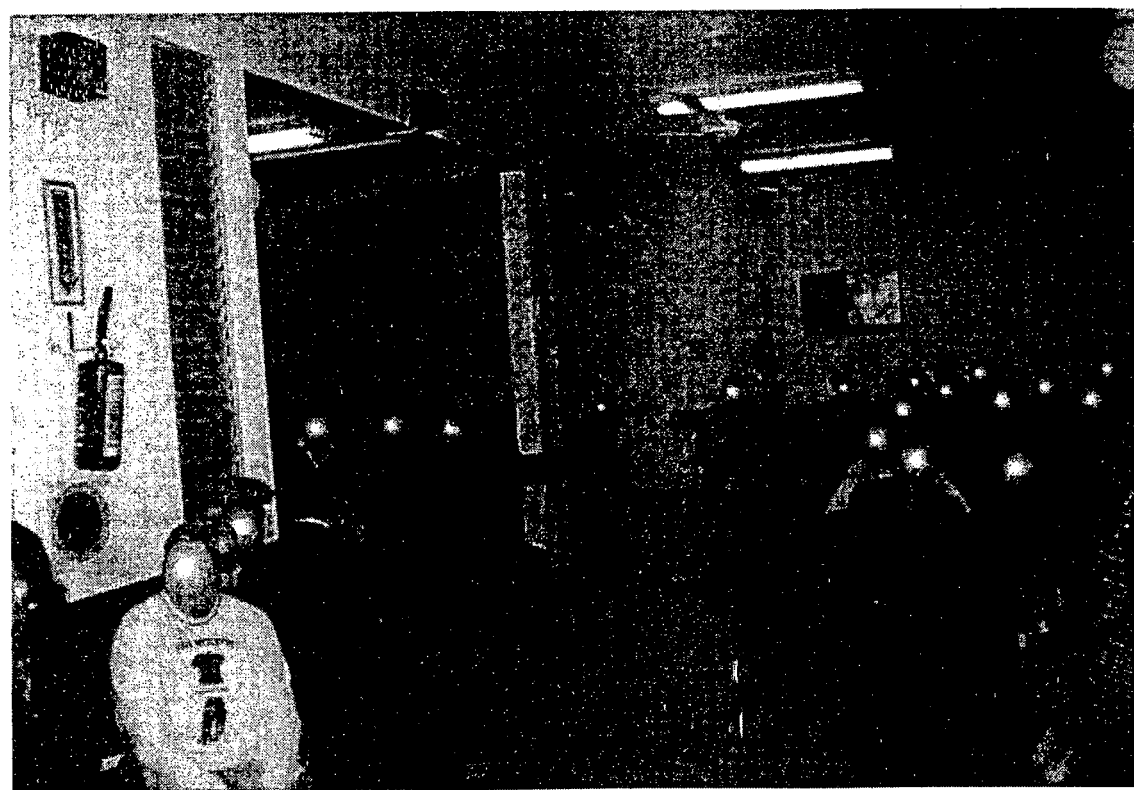
Utilizar hialuromidase para auxiliar a absorção dos fluídos do subcutâneo nos casos de absorção lenta ou acúmulo.

ANEXO 13

Fotos – Sala de Espera



Sala de Espera do Ambulatório do CEPON.



Sala de Espera do Ambulatório de CEPON

PARECER FINAL DO ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

AS ACADEMICAS DEMONSTRARAM INTERESSE, DEDICAÇÃO, COMPETÊNCIA, RESPONSABILIDADE e POSTURA PROFISSIONAL NO DESENVOLVIMENTO DESTES TRABALHOS DE CONCLUSÃO de CURSO, Atingindo PLENAMENTE OS OBJETIVOS PROPOSTOS PELA DISCIPLINA INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA.

PARABENS e SUCESSO!

Fmhs, 14/08/00

Teo Padua