



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

LAYZE AMANDA LEAL ALMEIDA

**A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO
PACIENTE ONCOLÓGICO**

**CAMPINA GRANDE – PB,
2012**

LAYZE AMANDA LEAL ALMEIDA

**ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE ONCOLÓGICO**

Relato da Experiência baseado nas atividades desenvolvidas como aluna – bolsista junto ao Programa de Bolsas de Extensão (2011/2012) Pró - Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Estadual da Paraíba (PROEAC/UEPB) apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso junto ao Curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS).

Orientador: Prof. Eliane Maria N. Costa de Vasconcelos.

Área Temática: Saúde (Assistência a Saúde)

Linhas de Extensão: Saúde Humana (Acolhimento e Humanização)

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A447e Almeida, Layze Amanda Leal.
A enfermagem no acolhimento e humanização da assistência ao paciente oncológico [manuscrito] / Layze Amanda Leal Almeida. - 2012
45 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência de enfermagem. 2. Oncologia. 3. Atendimento hospitalar. I. Título.

21. ed. CDD 610.73

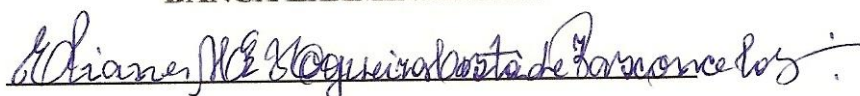
LAYZE AMANDA LEAL ALMEIDA

**ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE ONCOLÓGICO**


Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado
ao Departamento de Enfermagem, da Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, para obtenção de título
de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Campina Grande, 31 de maio de 2012

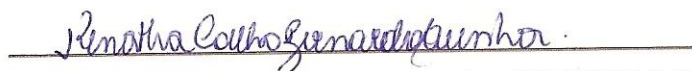
BANCA EXAMINADORA



Profa. Ms. Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos – UEPB (Orientadora)



Prof. Enyedja Kerlly Martins de Araújo Carvalho-UEPB



Enfermeira Renatha Coelho Bernardo Cunha- HOSPITAL DA FAP

DEDICATÓRIA

Dedicado primeiramente ao meu Deus todo poderoso e aos meus pais, Manuel Arlindo de Almeida e Josefa Luciel Leal Almeida, que sempre me apoiaram e me deram forças para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, rendo graças e louvores infinitos por minha vida e pela vida dos meus pais e familiares, pois sei que sem a presença e sem o auxílio dEle nada seria possível. Agradeço aos meus pais, que apesar de todas as dificuldades acreditaram em mim e estiveram sempre ao meu lado, me ajudando, passando comigo por lutas e vitórias sem fracassar em momento algum e me amando com amor incondicional. Agradeço aos meus familiares que me ajudaram e incentivaram para que sem desistir, eu lutasse sempre pelos meus ideais. A minha orientadora Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos pela oportunidade, pelo rico aprendizado, pela paciência, dedicação e amor com o qual sempre me tratou. A enfermeira Renata Coelho pela disponibilidade. A professora Enyedja pelos seus ensinamentos e pela sua amizade e carinho para comigo. A Universidade Estadual da Paraíba por me proporcionar uma formação acadêmica que me trouxe um grande crescimento pessoal e profissional. E por fim não poderia de agradecer a cada paciente que mesmo no seu sofrimento me fez crescer, aprender tanto profissionalmente como pessoalmente.

“Ser Feliz não é viver sem problemas e sem lutas, é saber o sentido de tudo isto. O homem constrói a sua felicidade como a abelha faz o mel”.

(Professor Felipe Aquino)

RESUMO

Descobrir que se está com câncer pode acarretar sérios problemas aos pacientes/familiares, tais como: emocionais, físicos, biológicos, psicológicos e sociais, portanto para evitá-los/combatê-los, a assistência de enfermagem deve primar sempre por uma atenção humanizada, individualizada, holística e acolhedora. Trata-se de um Relato de Experiência baseado em atividades de extensão acadêmico-assistencial com enfoque no acolhimento e humanização da assistência de enfermagem. Estas atividades foram desenvolvidas no Consultório de Enfermagem do setor de oncologia de um hospital filantrópico na cidade de Campina Grande-PB. Este trabalho tem como objetivo principal relatar a experiência vivenciada no acolhimento e humanização do paciente oncológico durante atendimento no Consultório de Enfermagem. As consultas foram realizadas em todas as fases, de modo a delimitar os Diagnósticos de Enfermagem e as suas possíveis Intervenções. Houve a percepção que a maioria dos pacientes teve a sua dinâmica familiar afetada e apresentaram uma baixa autoestima decorrente da descoberta da doença/tratamento. A música foi utilizada como terapia para os mesmos, na busca de amenizar a carga de estresse/ansiedade, promover o bem-estar e tornar aquele momento mais acolhedor e humanizado. A educação em saúde se fez presente através de informações/orientação sobre a doença, tratamento, alimentação, modo de vida, sedentarismo e etc.

Palavras – chave: Assistência de Enfermagem; Oncologia; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Discovering that has cancer can cause serious problems to the patients/ family members, such as: emotional, physical, biological, psychological and social, so to avoid them/ fight them, nursing assistance must always take precedence for a humanized, individualized, holistic and warm attention. This is an Experience Report based on outreach academic-assistencial activities focused on welcoming and humanization of nursing care. This activities were developed in the Nursing chamber of the oncology ward of a philanthropic hospital in the city of Campina Grande-PB. This work has as main objective to report the lived experience in welcoming and humanization by the oncologic patient during the attendance at the nurse clinic. The queries were carries out at all stages, in order to delimit the Nursing Diagnosis and its possible interventions. There was the perception that most patients had affect their family dynamics and presented low self-esteem resulting from discovering the disease/treatment. The song was used as a therapy for them, seeking to soften the burden of stess/anxiety, promote wellness and make the time more welcoming and humanized. Health education was present through information/orientation about the disease. Treatment, diet, lifestyle, sedentary lifestyle and so on.

Keywords: Nursing care; Oncology; Humanization of Assistance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Universidade Estadual da Paraíba- **UEPB**

Instituto Nacional do Câncer- **INCA**

Sistematização da Assistência de Enfermagem-**SAE**

Ácido desoxirribonucleico- **DNA ou ADN**

Organização Mundial de Saúde- **OMS**

Conselho Federal de Enfermagem- **COFEN**

Processo de Enfermagem- **PE**

North American Nursing Diagnosis Association – **NANDA**

Nursing Intervention Classification-**NIC**

Paraíba- **PB**

Sinais Vitais- **SSVV**

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem-**CEPE**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética-**CAAE**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS E METAS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
2.3 Metas	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Noções Gerais sobre Oncologia	12
3.2 Consulta de Enfermagem	20
3.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	21
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
5.1 Consulta de Enfermagem.....	30
5.2 Musicoterapia.	30
5.3 Educação em Saúde.....	31
5.4 Número de Atendimentos.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

O termo câncer é utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, tendo como característica principal o crescimento desordenado das células, que podem invadir tecidos e órgãos. As multiplicações das células tendem a ser agressivas e incontroláveis, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas são variadas podendo ser internas, externas ou inter-relacionadas. De todos os casos de câncer, 80 a 90% estão relacionados a fatores ambientais, porém sabe-se que o envelhecimento também trás mudanças nas células que aumentam a suscetibilidade à transformação maligna. (BRASIL, 2012).

O câncer é um grande problema de saúde pública tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos. Chegou-se a este contexto a partir do processo global de industrialização, onde o mesmo levou a uma integração das economias e sociedades de vários países, uma redefinição dos padrões de vida, redução das taxas de natalidade e mortalidade, aumento na expectativa de vida e conseqüentemente um envelhecimento da população. Determinando assim uma modificação nos padrões de saúde-doença no mundo, conhecida como transição epidemiológica, caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição das taxas de doenças infecciosas e aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardiovasculares e o câncer. (GUERRA, GALLO, MENDONÇA, 2005).

É importante salientar que ao contrário dos países desenvolvidos, a transição epidemiológica ainda não se completou na América Latina, visto que as doenças infecciosas e transmissíveis por vetor biológico, como malária e dengue, ainda permanecem elevadas, além da constante desnutrição. (GUERRA, GALLO, MENDONÇA, 2005).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil também sugere uma transição, envolvendo um aumento dos tipos de câncer normalmente associados a alto status sócio-econômico, como câncer de mama, próstata, cólon e reto, assim como, a presença de taxas de incidência elevadas de tumores associados à pobreza, a exemplo, do câncer de colo uterino, pênis, estômago e cavidade oral. Distribuição esta resultante da exposição a grandes números de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização: agentes químicos; físicos; biológicos e de exposição a fatores relacionados às disparidades sociais. (GUERRA, GALLO, MENDONÇA, 2005).

Estimativas do para o ano de 2012 que também serão válidas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer no Brasil, incluindo os casos de pele não melanoma. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se 385 mil novos casos. Sendo os canceres mais incidentes os de pele não melanoma, próstata, cólon, reto e estomago no sexo masculino e canceres de pele não melanoma, mama, colo uterino, cólon, reto e glândula da tireoide nas mulheres. (BRASIL, 2012)

Sabendo da realidade dos pacientes oncológicos e das dificuldades enfrentadas pelos mesmos, desde a descoberta até o transcorrer de toda a doença, surgiu à necessidade de relatar minha experiência no **Acolhimento e Humanização do Atendimento** dos mesmos, durante minha atuação no projeto de extensão, desenvolvido no Consultório de Enfermagem do ambulatório de um hospital filantrópico na cidade de Campina Grande. Primando sempre por uma visão holística dos fatos e escuta atenciosa não só do ser cuidado, mas de seus familiares/acompanhantes.

2 OBJETIVOS E METAS

2.1 Objetivo geral:

- Relatar a experiência vivenciada no Acolhimento e Humanização do paciente oncológico durante atendimento no Consultório de Enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Mostrar a necessidade de mudança na assistência de enfermagem ao paciente oncológico em internação hospitalar e atendimento ambulatorial em seus níveis bio-psico-social-espiritual;
- Prestar assistência aos familiares que acompanham pacientes oncológicos em internação hospitalar e atendimento ambulatorial;
- Estimular a autoestima do paciente e o processo de cooperação familiar.

2.3 Metas

- Mostrar a importância das atividades de educação em saúde para a população alvo;
- Salientar a relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante as consultas dos pacientes com diagnóstico oncológico definitivo;
- Prestar maiores informações sobre a real situação dos pacientes oncológicos buscando otimizar o atendimento;
- Expor como ocorre o uso da musicoterapia durante as consultas de enfermagem, com o intuito de promover o bem-estar do paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 NOÇÕES GERAIS SOBRE ONCOLOGIA

- **O que é o câncer?**

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, a mesma foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C. Pode-se dizer que o câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já acometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. (BRASIL, 2012).

As células normais de um organismo encontram-se em perfeita harmonia histológica, funcional e citológica, como características morfológicas e funcionais determinadas pelos seus códigos genéticos, e com especificidade são agrupadas em tecidos, assim formam os órgãos. Nas células normais ocorrem restrições à mitose que são impostas por estímulos reguladores, estímulos estes que podem resultar tanto do contato com as demais células como da redução na produção ou disponibilidade de certos fatores de crescimento. O mecanismo de controle do crescimento celular encontra-se na dependência de fatores estimulantes e inibidores e eles normalmente estariam em equilíbrio até o surgimento de um estímulo de crescimento efetivo, sem ativação do mecanismo inibidor. (BRASIL, 2008).

Existem vários padrões de crescimento celular como hiperplasia, metaplasia, displasia, anaplasia e neoplasia. Geralmente as células cancerosas são chamadas de células malignas, o crescimento maligno/benigno é classificado de acordo com o seu local de origem. Vale salientar que as células benignas e malignas se diferem quanto ao crescimento celular, capacidade de metástase, efeitos gerais, destruição e capacidade de provocar a morte do tecido (SMELTZER *et al.*, 2009).

As neoplasias benignas ou tumores benignos têm o crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e com limites bem nítidos. Mesmo não invadindo os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes. Já os tumores malignos têm um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro. (BRASIL, 2012)

O câncer é um processo patológico que tem início quando uma célula anormal sofre uma mutação genética do DNA celular. A partir dessa célula anormal forma-se um clone que começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento

no ambiente adjacente à célula. Adquirindo características invasivas e podendo atingir os tecidos adjacentes e se transportar para outras áreas do corpo, causando metástases. (SMELTZER *et al.*, 2009)

O primeiro estágio em que o câncer é classificado é carcinoma *in situ*. Nesse estágio, as células estão localizadas apenas na camada de tecido na qual se desenvolveram não tendo se espalhado para outras camadas do órgão de origem, desse modo a maioria são curáveis se for tratado antes de progredir para a fase de câncer invasivo. Já no carcinoma invasivo, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se espalhar para outras partes do corpo. Sendo assim a característica principal do câncer é a capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente. Esses novos focos da doença são chamados de metástases. (BRASIL, 2012).

- **Agentes Cancerígenos**

O organismo humano encontra-se exposto a inúmeros fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos e multiplicativos. Sabe-se também que estes fatores individuais são importantes e decisivos, porém não se pode definir o grau que ela influencia a relação entre dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual. Independente da exposição, as células sofrem mutações espontâneas, não alterando o desenvolvimento normal da sua população como um todo, fenômeno este que pode condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, fator decisivo nos processos iniciais de carcinogênese, sendo assim ela pode ser iniciada por um fator espontâneo ou pela ação de alguns agentes (químicos, físicos ou biológicos). (BRASIL, 2008).

“As categorias de agentes ou fatores implicados na carcinogênese incluem vírus e bactérias, agentes físicos, agentes químicos, fatores genéticos ou familiares, fatores da dieta e agentes hormonais” (SMELTZER *et al.*, 2009, p. 324).

Os fatores físicos, como as radiações, têm a capacidade de induzir mutações, onde as mesmas podem ser resultantes de efeito direto da energia radiante ou efeito indireto intermediado pela produção de radicais livres. Radiações em forma de partículas são mais carcinogênicas do que a retenção eletromagnética. Como exemplos de radiações físicas, citamos: a radiação ultravioleta e a radiação ionizante. Já os químicos são divididos em iniciação e promoção, na iniciação o fator iniciador causa um dano ou mutação celular, na promoção ocorre um estímulo do crescimento da célula que sofreu a mutação. Muitos dos

agentes químicos carcinogênicos encontram-se no meio ambiente humano, como hábitos sociais (como o fumo), alimentares ou ocupacionais. No caso dos fatores biológicos, os principais são os vírus, onde os mesmos promovem condições propícias para mutações por erro de transcrição do ADN, e os distúrbios no equilíbrio hormonal que provocam o crescimento tumoral, tanto pela produção de hormônios endógenos ou quanto administração de hormônios exógenos (BRASIL, 2008).

Quase todos os tipos de câncer mostrou evoluir em famílias, por este motivo pode ser explicado pela genética, ambientes compartilhados, fatores socioculturais, estilo de vida ou acaso. Sabe-se que os fatores genéticos desempenham certo papel no desenvolvimento da célula cancerosa, sendo assim cerca de 5% dos cânceres de adulto tem relação com a predisposição familiar. Além dos fatores genéticos ele ressalta os fatores relacionados com a dieta, onde ele diz que também estão ligados a cânceres ambientais, desse modo as substâncias da dieta podem ser protetoras, carcinogênicas ou co-carcinogênicas, tendo os riscos aumentados de acordo com o prazo de ingestão destas substâncias. Algumas que costumam aumentar estes riscos são gorduras, álcool, carnes salgadas, ou defumadas e os alimentos que contém muitos nitritos e nitratos (SMELTZER *et al.*, 2009)

- **Epidemiologia do Câncer**

O câncer sempre foi conhecido como uma doença de países desenvolvidos, e com grandes recursos financeiros. Há quatro décadas essa situação vem mudando, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observado em países em desenvolvimento, principalmente os com poucos ou médios recursos. Assim o câncer ganhou uma dimensão maior, tornando-se um grande problema de saúde pública. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2030, esperam-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. Incidindo em países de baixa e média rendas. (BRASIL, 2012).

O câncer apesar de atingir pessoas de todas as idades, ocorre com mais incidência nas pessoas acima de 65 anos, nas mulheres e também nos setores e nações mais industrializadas. (SMELTZER *et al.*, 2009)

Nos países desenvolvidos, predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, já nos países de baixo e médio recursos, os predominantes são estômago, fígado, cavidade oral e colo uterino. (BRASIL, 2012). As tabelas a seguir mostram as estimativas do câncer para o ano de 2012 no Brasil e também especificamente na Paraíba.

Brasil (Consolidado)



Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60.180	62,54	15.660	75,26	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	52.680	52,50	18.160	78,02
Colo do Útero	-	-	-	-	17.540	17,49	5.050	21,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	17,90	4.520	21,85	10.110	10,08	3.060	13,31
Cólon e Reto	14.180	14,75	4.860	23,24	15.960	15,94	5.850	25,27
Estômago	12.670	13,20	3.200	15,34	7.420	7,42	2.170	9,47
Cavidade Oral	9.990	10,41	2.760	13,34	4.180	4,18	1.130	4,92
Laringe	6.110	6,31	1.540	7,56	-	-	-	-
Bexiga	6.210	6,49	1.900	9,28	2.690	2,71	880	3,72
Esôfago	7.770	8,10	1.500	7,26	2.650	2,67	520	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.190	6,17	2.220	9,53
Linfoma não Hodgkin	5.190	5,40	1.560	7,66	4.450	4,44	1.560	6,85
Glândula Tireoide	-	-	-	-	10.590	10,59	3.490	14,97
Sistema Nervoso Central	4.820	5,02	1.190	5,82	4.450	4,46	1.200	5,23
Leucemias	4.570	4,76	1.180	5,81	3.940	3,94	1.180	5,02
Corpo do Útero	-	-	-	-	4.520	4,53	1.700	7,39
Pele Melanoma	3.170	3,29	810	4,05	3.060	3,09	790	3,46
Outras Localizações	43.120	44,80	11.100	53,33	38.720	38,61	10.320	44,50
Subtotal	195.190	202,85	51.780	248,60	189.150	188,58	59.280	254,86
Pele não Melanoma	62.680	65,17	14.620	70,39	71.490	71,30	15.900	68,36
Todas as Neoplasias	257.870	267,99	66.400	318,79	260.640	259,86	75.180	323,22

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

FONTE: INCA, 2012

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização primária	casos novos	percentual			Localização primária	casos novos	Percentual
Próstata	60.180	30,8%			Mama Feminina	52.680	27,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Colo do Útero	17.540	9,3%
Cólon e Reto	14.180	7,3%	Homens	Mulheres	Cólon e Reto	15.960	8,4%
Estômago	12.670	6,5%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
Esôfago	7.770	4,0%			Estômago	7.420	3,9%
Bexiga	6.210	3,2%			Ovário	6.190	3,3%
Laringe	6.110	3,1%			Corpo do Útero	4.520	2,4%
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

FONTE: INCA, 2012

Paraíba e João Pessoa

Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária

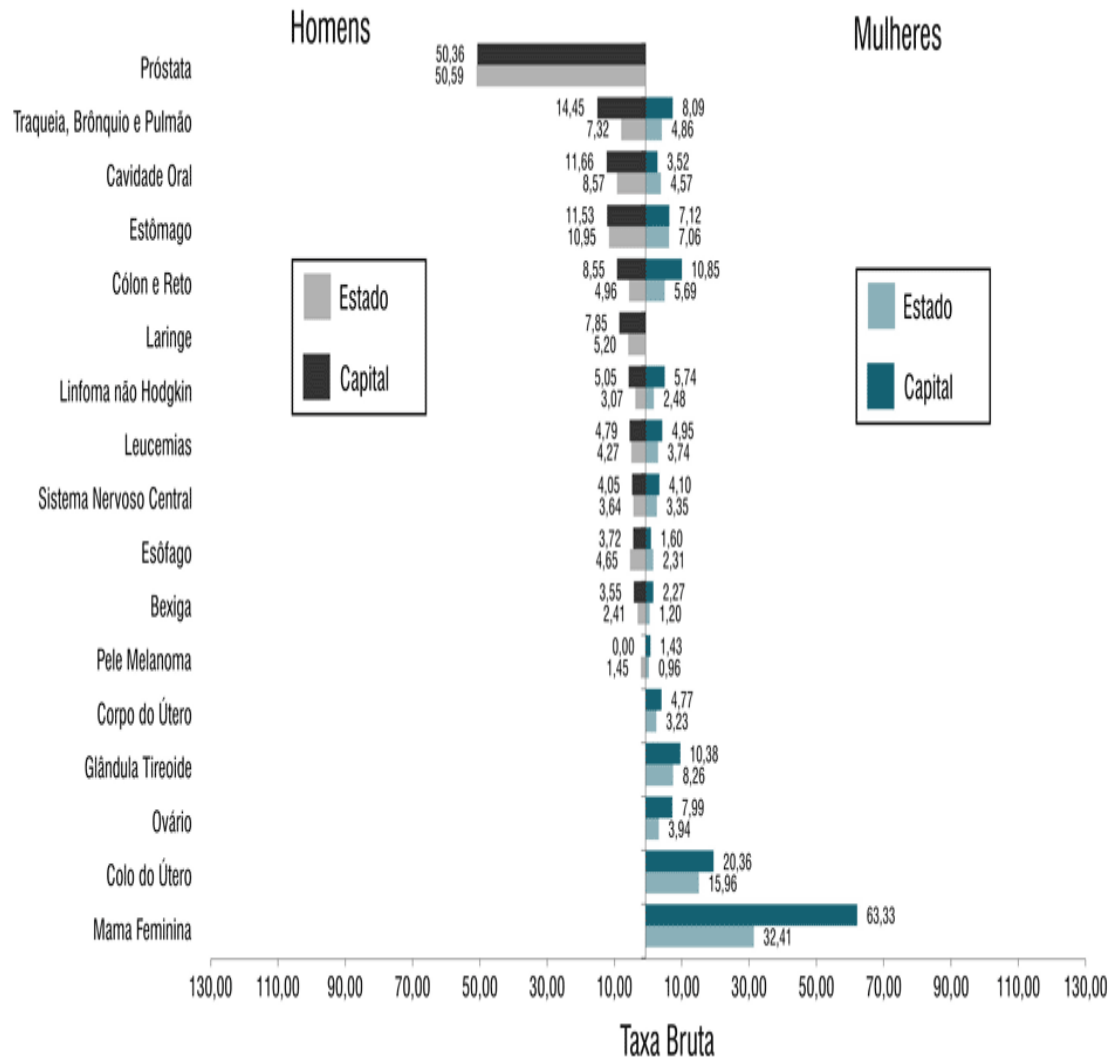
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	940	50,59	170	50,36	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	640	32,41	250	63,33
Colo do Útero	-	-	-	-	320	15,96	80	20,36
Traqueia, Brônquio e Pulmão	140	7,32	50	14,45	100	4,86	30	8,09
Cólon e Reto	90	4,96	30	8,55	110	5,69	40	10,85
Estômago	200	10,95	40	11,53	140	7,06	30	7,12
Cavidade Oral	160	8,57	40	11,66	90	4,57	**	3,52
Laringe	100	5,20	30	7,85	-	-	-	-
Bexiga	40	2,41	**	3,55	20	1,20	**	2,27
Esôfago	90	4,65	**	3,72	50	2,31	**	1,60
Ovário	-	-	-	-	80	3,94	30	7,99
Linfoma não Hodgkin	60	3,07	20	5,05	50	2,48	20	5,74
Glândula Tireoide	-	-	-	-	160	8,26	40	10,38
Sistema Nervoso Central	70	3,64	**	4,05	70	3,35	**	4,10
Leucemias	80	4,27	20	4,79	70	3,74	20	4,95
Corpo do Útero	-	-	-	-	60	3,23	20	4,77
Pele Melanoma	30	1,45	**	0,00	20	0,96	**	1,43
Outras Localizações	550	29,38	120	34,64	610	30,98	140	36,88
Subtotal	2.550	136,96	550	159,55	2.590	130,67	750	190,52
Pele não Melanoma	1.030	55,20	140	41,87	1.200	60,54	150	38,52
Todas as Neoplasias	3.580	192,28	690	200,16	3.790	191,22	900	228,63

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

** Menor que 15 casos

FONTE: INCA, 2012

Taxas brutas de incidência estimadas para 2012 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes

FONTE: INCA, 2012.

• A Prática da Enfermagem em Oncologia

A prática da enfermagem em oncologia inclui todos os grupos etários e especialidades da mesma, desse modo é realizada em diversos ambientes de cuidados de saúde, desde as residências, comunidades, até as instituições de cuidados agudos e centros de reabilitação. (RECCO, LUIZ, PINTO, 2005).

As enfermeiras devem estar cientes que fatores, como raça, influências culturais, acesso aos cuidados, relação médico-paciente, nível de educação, rendimentos e idade, influenciam o conhecimento, modo de agir e crenças das pessoas em relação ao câncer (SMELTZER *et al.*, 2008).

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer”. (BRASIL, 2012, pg. 49).

Portanto é preciso conscientizar a população sobre o câncer e estimular às mudanças de comportamentos, pois essas ações são fundamentais para a prevenção primária do câncer. Desse modo o enfermeiro poderá atuar não apenas na prevenção primária, mas nos diversos níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário e quaternário), desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de enfermagem e a educação em saúde comunitária e profissional (BRASIL, 2008).

- **Diagnóstico**

O diagnóstico de câncer é baseado no exame das alterações funcionais e fisiológicas e nos resultados da avaliação diagnóstica, desse modo pacientes com suspeita de câncer por longos testes para determinar a presença do tumor e extensão; identificar possível metástase da doença; avaliar as funções dos órgãos e sistemas afetados ou não. Conhecendo assim os sintomas suspeitos e o comportamento de determinados tipos desta doença ajuda na determinação de quais exames diagnósticos são mais apropriados (SMELTZER *et al.*, 2009)

O controle do câncer depende de modo especial das ações nas áreas da promoção de saúde, proteção específica e diagnóstico precoce. Nos últimos anos aconteceu uma mudança na maneira de se prevenir o câncer, pois antes os profissionais de saúde só se envolviam em prevenção terciária, de forma que os pacientes só eram tratados após o diagnóstico. Hoje existe uma busca muito grande pela prevenção primária e secundária, reduzindo assim o risco de câncer em pessoas saudáveis e promovendo uma detecção precoce que facilite a chegada à cura nas pessoas que já foram acometidas pela doença. (BRASIL, 2008).

Smeltzer *et al.* (2009) afirma que pacientes submetidos a exames extensos, geralmente ficam com medo quanto aos procedimentos e apreensivos quanto aos possíveis diagnósticos, neste contexto o enfermeiro poderá ajudar a aliviar o medo e ansiedade do paciente através de intervenções/prescrições que possam ajudar a aliviar os sintomas que o mesmo está apresentando. Desse modo o enfermeiro deve incentivar o paciente e seus familiares a verbalizar/compartilhar o que estão sentindo, para que assim existam meios para esclarecer as dúvidas e discuti-las entre si. Portanto além do estagiamento e graduação do tumor, os exames diagnósticos utilizados para detectar o câncer são:

- Identificação do marcador tumoral;

- Ressonância Magnética;
 - Tomografia computadorizada;
 - Fluoroscopia;
 - Ultra-sonografia;
 - Endoscopia;
 - Imagem por medicina nuclear;
 - Tomografia com emissão de pósitrons;
 - Radioimunoconjugados.
-
- **Tratamento**

O tratamento pode ser realizado através de cirurgias, radioterapia, quimioterapia, que caracterizam o tratamento convencional; transplante de medula óssea; hipertermia; terapias direcionadas; terapias fotodinâmica e terapias alternativas (não-comprovadas), tais como terapias corporais, musicoterapia, arteterapia, acupuntura, reflexologia e etc. (SMELTZER *et al.*, 2009)

3.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

De acordo com o COFEN a consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro. A Lei do exercício profissional N.º 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso I, alínea "i", legitima o enfermeiro para o pleno exercício dessa atividade, com o indivíduo, família e a comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular.

Existe uma relação entre o eu e o outro no cuidar, na Enfermagem, um destes momentos pode ser construído através da consulta de enfermagem. A consulta compreende: a coleta de dados, por meio do histórico de enfermagem e do exame físico; o planejamento da assistência, com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e prescrições; a execução do plano assistencial/ cuidados e implementação da assistência; e por último, a reavaliação e evolução. (ROSA *et al.*, 2007).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente que deve ser realizada pelo enfermeiro, proporcionando ao paciente uma melhoria na qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Não mostrando apenas a competência técnica, e

sim demonstrando também o interesse pelo ser humano e seu modo de vida, a partir de uma consciência reflexiva das relações do indivíduo, família e comunidade. É um processo de interação entre o enfermeiro e o paciente, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano. Para que ocorra essa interação, se faz necessário o desenvolvimento de uma comunicação refinada, com o exercício da escuta e da ação dialógica. Devendo assim haver a participação do paciente. O profissional deve compreender o modo de agir dos mesmos que na maioria das vezes esperam por respostas eficazes para o seus problemas. Não deve haver imposição para que não coibir o paciente a mostrar suas emoções e seu ponto de vista a cerca do que está se passando. (MACHADO; LEITÃO E HOLANDA, 2005).

O agir do enfermeiro com o seu paciente tem como finalidade a promoção da saúde e do seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal. Para isso, é necessário ouvir e "ouvir bem" exige atenção durante a interlocução, pois, muitas vezes, o enfermeiro não é claro, sendo necessária a introdução de habilidades pedagógicas e de comunicação para facilitar a expressão dos seus pensamentos e necessidades. Esses profissionais devem ficar atentos com a comunicação para a prestação do cuidado, visto que toda ação comunicativa com responsabilidade ética já é uma forma de cuidado. (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005)

3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

“A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado”. (BRITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2005, p. 618).

A enfermagem tem um papel crucial como profissão para a construção de uma assistência qualificada, onde a metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade social que se encontra inserida. (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2005)

A SAE vem sendo utilizada em algumas instituições de saúde como metodologia assistencial por meio do processo de enfermagem, onde o mesmo pode ser entendido como a aplicação da prática de uma teoria de enfermagem na assistência. O processo de enfermagem vem sendo implantado no Brasil desde a década de 70, porém só em 2002 a SAE recebeu

apoio legal do COFEN, pela resolução n° 272 para ser implementada em toda instituição de saúde pública e privada em âmbito nacional. (HERMIDA, 2005).

Uma seleção cautelosa de uma teoria de enfermagem direcionará as demais etapas da sistematização da assistência, portanto precisa ser feito de forma refletida, cuidadosa, pois um erro na escolha pode prejudicar as demais etapas do processo. (TANNURE, GONÇALVES, 2009).

A preocupação da enfermagem com a questão teórica nasce com Florence Nightingale, que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos da medicina, dessa forma idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, com o objetivo de edificá-los sob os conhecimentos científicos e diferentes do modelo biomédico. Apesar dessa forte influência, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseado apenas nas ações práticas, modo intuitivo e não sistematizado, onde as ações eram centradas na doença e não no paciente/cliente. Com o passar do tempo e sob influência de vários fatores, como guerra mundiais, revoluções femininas e desenvolvimento da ciência e da educação, as enfermeiras começaram a questionar o *status quo* da prática de enfermagem e refletir sobre ela. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

O foco na assistência holística de enfermagem teve início nos anos 1950, onde a visão apenas do biológico, começa a ganhar a visão do ser humano como um todo. Surgindo um cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centralizando a assistência não mais na doença, mas na pessoa com necessidades a serem atendidas. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

Diante do contexto de transformações advindas da Segunda Guerra Mundial, as enfermeiras norte-americanas organizaram associações e iniciaram discussões sobre as necessidades e dificuldades da própria profissão, buscando assim sua própria identidade e despertando para a busca de desenvolvimento de conhecimentos científicos e organizados para a enfermagem. Ainda na década de 50, as teóricas Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, Faye Glenn e Forothea E. Johnson enfocaram os doentes, e sugeriam que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

As vantagens de se estabelecer a SAE são incontestáveis, e para sistematizar a assistência de enfermagem é necessário haver um marco conceitual, portanto Ferreira (1975) *apud* Tannure, Gonçalves (2009) dizem que: Sintetizar é fazer com que uma linha de pensamento se torne coerente, entre essas linhas propõem-se o uso das teorias de enfermagem,

pois as mesmas foram escritas a partir de vivências da prática profissional e retratam ações realizadas por enfermeiros e determinam como estes profissionais devem agir.

Neste sentido foram elaboradas as teorias de enfermagem, onde as mesmas buscam retratar conceitos, descrever, explicar, prever o fenômeno e determinar o campo de domínio da profissão, aumentando assim o conhecimento da enfermagem. A teoria funciona como alicerce estrutural para a implantação da SAE, e o método que pode ser utilizado para se implantar a teoria na prática é o processo de enfermagem (PE). Este processo de acordo com Tannure, Gonçalves (2009) é um modo de prestar cuidado ao cliente, sendo composto por etapas, tais como: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados. Os estudos sobre a SAE no Brasil mereceram destaque somente no final dos anos de 1980, quanto o Decreto-lei nº 94406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, definiu como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, a elaboração de enfermagem. (FERREIRA, 1975 *apud* TANNURE, GONÇALVES, 2009, p. 13). Sendo assim as enfermeiras tem utilizado o processo de enfermagem como método para sistematizar a assistência de enfermagem.

Como foi falado anteriormente para que a SAE aconteça é necessário um PE, onde o mesmo se divide em cinco etapas que serão descritas a seguir:

- **PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM:** Investigação

É a primeira fase do processo de enfermagem é a investigação que consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do cliente, comunidade e família, com a finalidade de identificar as necessidades, problemas, preocupações e as reações humanas do paciente/cliente. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

Para Tannure, Gonçalves (2009) *apud* Alfaro-Lefevre (2005), existem cinco passos para realizar uma investigação sistematizada e ordenada:

1. O primeiro passo é a coleta de dados, onde o cliente irá ser investigado de maneira direta, quando os dados são coletados diretamente do cliente, e de maneira indireta, que são os obtidos por outras fontes como familiares, amigos, prontuários e etc.;
2. Segundo passo trata-se da validação dos dados, neste passo deve-se comprovar se os dados que foram coletados estão corretos, comparando com valores normais, sem fazer presunções e sem deixar de coletar dados importantes;

3. Terceiro passo é o agrupamento de dados, onde os mesmos devem ser agrupados em conjuntos de informações relacionadas, mantendo-se enfoque de enfermagem e de maneira holística;
 4. O quarto passo refere-se à identificação dos padrões, nele o enfermeiro deve identificar os padrões de funcionamento, decidir o que é relevante, direcionar as investigações para a aquisição de mais informações;
 5. O quinto e último passo, comunicação e registro de dados, deve comunicar os dados significativos/anormais, assegurando que a equipe multidisciplinar tenha conhecimento da situação do cliente e garantindo a detecção dos seus problemas, desse modo promovendo a continuidade da assistência, exatidão das informações e pensamento crítico.
- SEGUNDA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: Diagnósticos de Enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem. Sendo assim para realizar os diagnósticos o enfermeiro deverá ter capacidade de analisar, julgar, sintetizar e perceber ao interpretar os dados clínicos, onde os mesmos devem ser ressaltados e listados em ordem de prioridades, com base nas ameaças do bem-estar do cliente. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

“Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais a enfermeira é responsável”. (TANNURE, GONÇALVES, 2009, p. 41 *apud* NANDA).

Tannure, Gonçalves (2009) *apud* Carpenito (1997); Chianca (2002) enfatiza que a primeira lista de diagnósticos foi desenvolvida por enfermeiros assistenciais, educadores, teóricos e pesquisadores, de modo que os mesmos organizaram os diagnósticos por ordem alfabética e posteriormente para um sistema conceitual direcionando assim a classificação dos diagnósticos em uma taxonomia. Taxonomias são conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina são organizados em grupos de classes com base nas semelhanças existentes entre os mesmos.

No Brasil o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta, por volta de 1960, constituindo assim uma das etapas do processo de enfermagem proposta por essa autora (TANNURE, GONÇALVES (2009) *apud* HORTA (1979)

A partir do momento que são identificados os sinais reais ou potenciais de um cliente, o enfermeiro deverá interpretá-los e agrupá-los, elaborando hipóteses diagnósticas e determinando o título do diagnóstico que melhor retrate o agrupamento. Sendo assim a consistência da terminologia torna a comunicação oral e escrita mais eficiente, aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliarem e determinarem os diagnósticos dos clientes, estimulando os mesmos à aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamentos críticos ao interpretar os dados coletados na anamnese e exame físico podendo assumir responsabilidade pelo cuidado e propor a prescrição de enfermagem. Pelo que foi descrito até então se pode dizer que a NANDA é ferramenta importante para a realização da segunda etapa do processo de enfermagem, uma vez que possibilita a identificação dos problemas com vistas ao restabelecimento e à promoção da saúde (TANNURE, GONÇALVES, 2009).

Para que haja tanta efetividade na NANDA, a mesma é formada por componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem e de acordo com Tannure, Gonçalves (2009) *apud* NANDA (2002) esses componentes são os seguintes:

- **Título**, que estabelece um nome para o diagnóstico, incluindo a reação da pessoa avaliada durante a primeira etapa do processo de enfermagem e determina os resultados esperados quanto à prevenção, promoção, tratamento e alívio do problema;
- **Fatores relacionados**, os mesmos são fatores que mostram algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, é a etiologia do problema que podem se de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual, sugerindo intervenções apropriadas;
- **Características definidoras** são as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe;
- **Fatores de risco** são fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo/população;
- **Definição**, estabelece uma descrição clara e precisa, delineando o significado do problema e ajudando a diferenciá-los de diagnósticos parecidos.

Tannure, Gonçalves (2009) *apud* NANDA (2002), dizem que existem três tipos de diagnósticos de enfermagem:

- **Diagnóstico de enfermagem real:** retrata as condições de saúde que existem de fato em um indivíduo, família ou comunidade no momento presente;
 - **Diagnóstico de enfermagem de risco:** descreve as respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver um indivíduo, família ou comunidade, sendo sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada;
 - **Diagnóstico de enfermagem de bem-estar:** descreve respostas humanas de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que têm potencial de aumento para um estado mais alto.
- TERCEIRA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: Planejamento dos resultados esperados

O planejamento da assistência de enfermagem consiste em um plano de ações para alcançarem resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem. É iniciado com priorização dos diagnósticos pelos enfermeiros, começando dos mais urgentes, que são aqueles que interferem na estabilidade do cliente, levando-o a risco de morte. (TANNURE, GONÇALVES, 2009 *apud* BACHION, 2002).

O resultado esperado é essencial para o enfermeiro, uma vez que ao avaliar o alcance dos resultados, ele poderá definir posteriormente se o diagnóstico foi minimizado ou solucionado, avaliando assim se as prescrições de enfermagem foram satisfatórias/eficazes. Eles devem estar relacionados com a realidade do paciente, os meios que o mesmo dispõe, sempre centralizando o paciente e o cuidar. Além de tudo devem manter uma estimativa de tempo para o alcance dos resultados, tendo assim uma direção para continuidade do tratamento. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

- QUARTA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: Implementação da assistência de enfermagem.

Implementação da assistência são ações prescritas para pacientes/familiares, por enfermeiros, buscando a obtenção dos resultados esperados (os quais foram determinados

durante a etapa anterior: o planejamento). Estas prescrições procuram monitorar o estado de saúde, minimizando riscos, resolvendo/controlando o problema, auxiliando nas atividades da vida diária e promovendo saúde. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

Vale frisar que as prescrições de enfermagem não são as mesmas dos profissionais médicos, pois em enfermagem não se prescreve tratamento e sim cuidados. “As prescrições devem ser redigidas de maneira completa e clara, a fim de evitar que quem as leia fique com Dúvidas a respeito das atividades a executar”. (TANNURE, GONÇALVES, 2009, p. 79).

As prescrições podem ser dependentes, interdependentes ou independentes, nesse sentido a dependente faz parte de ação concluída segundo a solicitação médica, mas requer julgamento/decisão da enfermagem; as interdependentes são realizadas através da participação/colaboração mútua de outros membros da equipe de saúde e por fim as independentes que são aquelas que podem ser resolvidas sem a consulta ou colaboração médica. (TANNURE, GONÇALVES, 2009 *apud* IYER, TAPTICH E BERNOCCHI-LOSEY, 1993)

Para cada diagnóstico de enfermagem, deve existir um resultado esperado, e que para alcançar este resultado deve-se prescrever cuidados de enfermagem. Sendo assim do mesmo modo que se priorizam os diagnósticos de enfermagem, a ordem da execução das prescrições deve ser priorizada. Durante a prática das prescrições deve-se atentar para as respostas do cliente e o desempenho do profissional de modo a investigá-los, melhorando assim a resposta dos pacientes. Um fato relevante é que não se deve prescrever um cuidado para um problema que não tiver sido descrito, pois para toda prescrição existe um diagnóstico prévio (TANNURE, GONÇALVES, 2009).

O enfermeiro deve consultar o Nursing Intervention Classification (NIC), uma taxonomia de intervenções de enfermagem, para ter um seguimento sobre o que se deve ser prescrito a fim de que resultados esperados sejam alcançados. (TANNURE, GONÇALVES, 2009)

No caso de pacientes oncológicos as intervenções/prescrições de enfermagem, são muito importantes, pois os mesmos encontram-se na maioria das vezes, muito fragilizados, a espera de uma palavra, uma atitude do enfermeiro que venha a minimizar todo aquele sofrimento, atitude esta que muitas vezes não é realizada, pois o atendimento não é humanizado, nem individualizado. Simples atitudes recomendadas pela NIC seriam capazes de mudar e muito a situação desses pacientes que se encontram em muitas instituições de saúde no nosso Brasil, sem receber um tratamento holístico e especializado de enfermagem.

- QUINTA ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: Avaliação da assistência de enfermagem.

A quinta etapa deve ser realizada durante a visita diária do enfermeiro ao paciente, de modo que o mesmo deve registrar cuidadosamente no impresso de evolução todas as informações coletadas, reavaliando os diagnósticos, resultados esperados e prescrições. Desse modo o enfermeiro deve analisar se houve progresso no quadro do cliente, delimitando medidas para corrigir erros e, se necessário, alterar o plano de cuidados. (TANNURE, GONÇALVES, 2009).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um Relato de Experiência baseado em atividades de extensão acadêmico-assistencial com enfoque no acolhimento e humanização da assistência de enfermagem. Atividades estas que foram realizadas no Consultório de Enfermagem do setor de oncologia de um hospital filantrópico na cidade de Campina Grande-PB, tendo como coordenadora a professora Eliane M^a Nogueira Costa de Vasconcelos da UEPB.

O universo foi composto por pacientes oncológicos que estiveram internados e em atendimento ambulatorial para tratamento clínico, cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e medicina nuclear (com exceção do paciente pediátrico), de qualquer idade ou sexo, independente do tempo de permanência na clínica e ambulatório e que estivessem ou não acompanhados por familiares, baseando-se nas citações literárias mais expressivas e coerentes e ressaltando-se as diversas formas de manifestações psicológicas e comportamentais relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer, com ênfase no cuidado humanizado do paciente e acolhimento a ele e familiares.

Estiveram resguardados a individualidade e anonimato dos pacientes que receberam atendimento em obediência aos aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 e atendendo ao que preconiza o art. 35 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). CAAE do projeto: 06.46.014.11

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:

- Realização da consulta de enfermagem com abordagem prática do cliente voltada para aplicação da SAE;
- Direcionamento do cliente para as diversas especialidades de acordo com os achados;
- Apoio psicológico ao paciente em estagio terminal e a família;
- Registro de informações e dados pertinentes à assistência de enfermagem;
- Educação em saúde.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Consulta de Enfermagem.

Encaminhavam-se os pacientes oncológicos no momento da abertura do prontuário para a consulta de enfermagem. Nestas consultas foram feitas algumas perguntas com base num questionário estruturado de caráter objetivo e subjetivo (APÊNDICE), eram aferidos os SSVV, as medidas antropométricas. Ainda durante a consulta realizava-se a anamnese, ou seja, uma busca pela queixa principal, antecedentes pessoais e familiares, regularidade das vacinas, funcionamento do aparelho gastro-intestinal e urogenital, hábitos de vida, características/tipo da dor apresentada e no caso do sexo feminino, perguntas voltadas a saúde da mulher. Além disso, sempre que possível era realizado o exame físico específico com o paciente de acordo com suas queixas e com o local acometido. Foi utilizado o livro NANDA (2009-2011) para delimitar os Diagnósticos de Enfermagem e do NIC para as Intervenções de Enfermagem. Com base em tudo que foi evidenciado durante a consulta e de acordo com as necessidades dos pacientes era realizado os devidos encaminhamentos para as mais variadas especialidades.

Foram visitados, sempre que possível os pacientes internos, buscando os que ainda não haviam passado pela consulta de enfermagem. Desse modo almejava-se sempre atender a totalidade de acordo com possibilidades.

Percebeu-se que a autoestima encontrava-se afetada na maioria dos pacientes acometidos. Alguns relatos verbais evidenciaram que muitas vezes isso se devia ao tratamento com conseqüente perda do cabelo, retirada da mama, amputação do pênis e etc. Além da baixa autoestima, a dinâmica familiar também estava afetada, seja pela descoberta da doença, seja pelo tratamento, pela dificuldade dos familiares em trabalhar (muitas vezes têm que acompanhá-los mudando sua rotina de vida/trabalho), pela ansiedade/medo do que irá acontecer e por ver a sofrimento do seu ente querido.

5.2 Musicoterapia

Segundo MARQUES (2011) a musicoterapia auxilia diretamente no resgate da identidade sonora, tendo por conseqüência a elevação da autoestima e autoconfiança do cliente que pode ser estimulado em instâncias psíquicas onde muitas vezes a palavra não poderá alcançar. Portanto sabe-se que a música afeta as necessidades sociais, físicas,

emocionais e cognitivas dos indivíduos em todas as idades, foi implantada a musicoterapia durante as consultas de enfermagem. Objetivando assim amenizar a carga de estresse e ansiedade que os mesmos apresentavam, assim como aproveitar a oportunidade para prestar apoio, acolhimento e uma assistência humanizada, vendo-os como um todo e não por partes. O foco principal nunca seria a doença, mas sim o ser cuidado como um todo. Através das músicas de melodias lentas, estimulou-se a calma, bem-estar, a autoestima e acima de tudo um ambiente que seja agradável e que o paciente/familiar se sentisse à vontade para falar, perguntar e expressar-se de modo geral. Relatos verbais dos mesmos mostraram que eles gostaram e aprovaram a utilização da música nas consultas. Eles disseram que se sentiam bem e que saíam do consultório mais relaxados, destinados a aderir mais fielmente ao tratamento e com uma maior vontade de “lutar” pela cura.

5.3 Educação em Saúde

A educação é importante para agir na promoção da saúde, na prevenção, assim como no tratamento e na reabilitação do paciente, ou seja, na atenção primária, secundária e terciária. E na oncologia não poderia ser diferente. Durante as consultas atentou-se para as necessidades de informações/orientações, seja sobre a doença, o tratamento, alimentação, modo de vida, sedentarismo e etc. Notou-se que durante as consultas existia uma grande parcela dos pacientes atendidos que apresentava problemas de constipação provavelmente relacionados à alimentação. Muitos ingeriam gordura, sal, açúcar e carboidrato em excesso, e desse modo relatavam taxas elevadas de glicose, triglicerídeos e colesterol. Alguns já apresentavam problemas como diabetes e hipertensão arterial, e para controlar a doença tinham que usar medicamentos. Vendo isto os mesmos foram orientados quanto a uma alimentação mais saudável, com uma maior ingestão de líquidos; frutas, verduras e legumes frescos; vitamina A e C e fibras, pois estes alimentos além de promover uma melhoria na qualidade de vida ajudavam a evitar determinados tipos de câncer. Ressaltou-se também importância de uma alimentação fracionada, com seis refeições diárias, além de quais os alimentos deveriam ser evitados/consumidos em uma menor quantidade.

Os clientes e familiares tinham muitas dúvidas a respeito de como era a quimioterapia e seus prováveis efeitos colaterais, desse modo foram prestadas informações a cerca dos possíveis efeitos, na tentativa de acalmá-los e deixando claro que o efeito que acometia um poderia não acometer o outro e que para evitarem complicações se fazia necessária uma

alimentação e hábitos de vida saudáveis. De acordo com as necessidades, os mesmos foram encaminhados para as diversas especialidades.

5.4 Número de Atendimentos

Os atendimentos foram realizados de segunda à sexta-feira das 9:00h às 11:00h da manhã, de acordo com o calendário acadêmico, e com demanda espontânea, tanto no consultório de enfermagem quanto nas enfermarias. Diariamente foram atendidos uma média de três pacientes. Consequentemente cerca de quinze pacientes semanalmente. Geralmente a consulta com os internos era mais demorada, devido as suas limitações e a necessidade de um cuidado mais minucioso e cauteloso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de pacientes com câncer, não implica saber apenas sobre a doença, mas saber lidar com os sentimentos dos outros, suas emoções perante o problema, quer ele tenha possibilidade de cura ou não. Por este motivo fica evidente a necessidade de sempre “está pronta” para dar apoio aos mesmos e a seus familiares, seja em crises emocionais, sociais, espirituais ou culturais. É importante primar pela prestação de apoio realista, e utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como base para o tratamento de enfermagem.

Sabe-se que inúmeras vezes o profissional de saúde não tem a capacidade de oferecer acolhimento e confiança, por não ter conhecimento sobre estratégias de enfrentamento. Tendo conhecimento dos fatos, luto por uma mudança nesta situação, trabalhando com um cuidado holístico e estabelecendo vínculos de modo e atitudes de interesse com os pacientes.

Diante do contexto apresentado sinto a necessidade de ressaltar a importância das atividades de pesquisa e extensão dentro das universidades brasileiras, pois elas conseguem se inserir na sociedade, detectar seus principais problemas e atuar efetivamente na busca de soluções, possibilitando mudanças de paradigmas e uma melhoria na qualidade de vida da população.

As consultas de enfermagem que realizei com os pacientes oncológicos me propiciaram a ampliação de conhecimentos. Promoveram um cuidar mais humanizado, acarretando uma melhora significativa do atendimento prestado e ao paciente além de uma melhor aceitação do tratamento teve um maior vínculo/abertura para com a instituição, o que ajuda relevantemente no tratamento.

Vivenciar, como sujeito ativo a execução das consultas de enfermagem foi de grande valor para mim, pois me possibilitou compartilhar expectativas e ter uma maior interação com o serviço/pacientes, de modo a articular teoria e prática, resultando em uma experiência enormemente enriquecedora.

Acredito ser de grande relevância para a comunidade acadêmico-científica o relato ora exposto como experiência vivida em um projeto experimental fora dos muros da universidade, pois os mesmos através deste estudo encontrarão parâmetros, e embasamento para dar continuidade às pesquisas em prol do paciente com câncer.

Ao ingressar neste projeto imaginava que todos pacientes com câncer eram pessoas muito tristes, porém com a atuação e o convívio com os mesmos, percebi muitas pessoas motivadas, empenhadas na luta pela vida e que sabiam dar valor até as coisas mais simples.

Sempre me perguntava: Como pessoas que passam por tanto sofrimento podem trazer tanta doçura no seu olhar, no seu falar e no seu agir? Fiquei muitas vezes surpresa com esse modo de ser, mas sempre tirei das falas e atitudes deles lições para o resto da minha vida, dentre elas a que estava deixando de ser feliz por pequenas coisas e que não tinha motivos para reclamar da vida.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico: Proposta de Instrumento de Coleta de Dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, P. 627-628, out-dez. 2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=PB>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=BR>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

BRASIL. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei N° 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União de 26 de junho de 1986.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA, G. A. e S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p. 227-234, mai. 2005.

HERMIDA, P. M. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para a implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, set-out. 2006.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 723-728, set-out. 2005.

MARQUES, D. P. A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. **REVISTA PORTAL de divulgação**, São Paulo, n. 15, p. 18-24, out. 2011.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de

grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq. Ciência Saúde**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 85-90, abr-jun. 2005.

ROSA *et al.* A Consulta de Enfermagem no Cuidado à Pessoa com Câncer: Contextualizando uma Realidade. **Cogitare Enf**, Paraná, v.12, n. 4, p. 487-493, set-out. 2007.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

APÊNDICES



**FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP
CENTRO DE CANCEROLOGIA ULISSES PINTO
CAMPINA GRANDE-PB**

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dados de Identificação do Paciente

Data da Consulta: ___/___/___

N° do Registro: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Sexo: () M () F Idade Biológica: _____ Etnia: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado (a) () Divorciado (a)

() Convive com alguém () Separado (a)

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____ Ocupação: _____ Religião: _____

O paciente tem condições de responder a consulta? (Se não, explique o motivo e quem respondeu por ele)

() Sim () Não

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/ANAMNESE (História da Doença Atual):

O que está sentindo no momento? Falar sobre queixas, sinais e sintomas (a quanto tempo? E quando começou?)

Antecedente Pessoais do Paciente:

() Hipertensão () Diabetes () Doenças da Tireoide () Doenças Renais () Anemia
 () DST's () Doenças Hepáticas () Câncer, Tipo: _____ () Doenças Vasculares
 () Outros, _____

() Curado () Melhorado

Você sabe qual é a sua doença? () Sim () Não Quem informou? _____

Já fez alguma cirurgia ? () Sim () Não

Tipos: _____

Há quanto tempo que passou pela última cirurgia: _____

Tem alergia? () Sim () Não

() Medicamentos () Alimentação () Produto Químico () Outros: _____

Faz uso de Medicamentos: () Sim () Não

Qual/Quais? _____

Você toma medicamentos por conta própria? () Sim () Não

Qual/Quais? _____

Já fez tratamento com radioterapia/quimioterapia antes? () Sim () Não

Consulta à Saúde da MULHER:

Idade da Menarca: _____

Ciclo Menstrual Normal? () Sim () Não Idade da Última Menstruação: _____

Como é/era o seu ciclo/fluxo menstrual?

() Amenorréia () Dismenorréia () TPM () Abundante () Coágulos

Com que idade iniciou sua vida sexual? _____ Quantos parceiros teve até hoje? _____

Gestações: _____ Aborto: _____ Partos Normais: _____ Partos Cesarianos: _____

Partos Fórceps: _____

Amamentou? () Sim () Não Todos os Filhos? () Sim () Não
 Qual foi o maior tempo que amamentou seu/seus filho(s)? _____
 Fez ou faz uso de métodos anticoncepcionais? () Nunca fiz; () Faço no momento () Já fiz
 Qual? () Camisinha () Tabela () DIU () Pílulas () Injeção () Outro, _____
 Por quanto tempo fez/faz uso desse/desses métodos? _____

Antecedentes Familiares:

() Hipertensão () Diabetes () Doenças da Tireoide () Doenças Renais () Anemia
 () DST's () Doenças Hepáticas () Câncer, Tipo: _____ () Outros

Hábitos de Vida:

Realiza exames preventivos por IMAGEM/LABORATÓRIAS? () Sim () Não
 Qual/ Quais?
 () Mamografia () USG de Mama () USG Abdominal Total () Exames de Sangue
 () Exames de Urina e Fezes () Exame de Próstata () Eletrocardiograma
 () USG Transvaginal () Cintilografia () Densitometria Óssea () Outros
 Qual/ Quais Outros? _____
 Tabagista: () Sim () Não Etilista: () Sim () Não
 Há quanto tempo? _____ Há quanto tempo? _____
 Abstinência há quanto tempo? _____ Abstinência há quanto tempo? _____
 Frequência do Etilismo: () Semanal () Diária () Socialmente
 Condições de Moradia?
 () Alvenaria () Taipa () Outro, _____
 Condições de higiene da moradia: _____ Possuí água encanada? () Sim () Não
 Possui água potável? () Sim () Não Possuí rede de esgoto? () Sim () Não
 Condições de Higiene do(a) Paciente:
 () Boa () Regular () Ruim () Péssima

Condições de sono:

() Dorme bem e acorda descansado(a) () Não dorme direito, há quanto tempo?_____

() Dorme com o uso de medicação(Qual?)

Aparelho Gastro- Intestinal

Funcionamento: () Normal () Irregular () Espaçamento de Dias

Eliminações (x/dia): _____ Horário: () Manhã () Tarde () Noite

Constipado? () Sim (há quantos dias?_____) () Não

Faz uso de laxantes? () Sim () Não

Cor das fezes: () Escura () Clara () Melena () Esverdeada

Consistência do bolo fecal:

() Seca () Pastosa () Líquida () Aquosa () Mucolítica () Cíbalos (massa fecal em bolinhas endurecidas e ressecadas).

Aparelho Urogenital

() Disúria (Dificuldade de Urinar devido a micção dolorosa e com queimor)

() Nictúria (Diurese Noturna) () Poliúria (Aumento do volume urinário eliminado em 24 h)

() Anúria (Ausência de urina na bexiga) () Estrangúria (Micção dolorosa)

() Polaciúria (Emissão frequente de pequenas quantidades de urina)

() Oligúria (Diminuição da quantidade de urina eliminada em 24 h) () Normal

Micção: ()Espôntanea/Voluntária () Micção através de sonda, há quanto tempo?_____

Faz troca de sonda: () Sim () Não

() Uso de Fraldas, há quantos dias?_____

EXAME FÍSICO GERAL:

Horário: _____

Medidas Antropométricas	Sinais Vitais
Peso: _____ Kg	Pressão Arterial _____ mmHg
Altura: _____ cm	Temperatura: _____ °C
IMC: _____	Respiração: _____ Irpm
Circunferência Abdominal: _____ cm	Frequência Cardíaca: _____ Bpm

Aspecto Geral: () Bom () Regular () Comprometido, qual motivo? _____

Deficiência Física: () Sim, qual? _____ () Não

Integridade da pele: () Boa () Prejudicada, local: _____

Coloração da pele: () Normal () Palidez () Cianose () Ictérica

Local: _____

Exame Físico Específico (OBSERVAÇÃO, INSPEÇÃO, PALPAÇÃO E AUSCULTA)**OBS.: Descreva os achados e lembre-se de utilizar o mapa topográfico em anexo.**

Dor Atual (Descreva as características da dor atual, o tipo de dor e em seguida marque no mapa topográfico em anexo)
