

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

IEDA MARIA LEAL DA CRUZ

PROTÓCOLOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR NO CUIDADO AO  
PACIENTE NEOPLÁSICO

CURITIBA

2013

IEDA MARIA LEAL DA CRUZ

PROTÓCOLOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR NO CUIDADO AO  
PACIENTE NEOPLÁSICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani

CURITIBA

2013

Cruz, Ieda Maria Leal da.  
C957      Protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao  
              paciente neoplásico / Ieda Maria Leal da Cruz. – Curitiba, 2013.  
              88 f.: il.; color.; 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani.  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Mestrado  
Profissional em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

1. Doença crônica. 2. Neoplasias. 3. Cuidados de enfermagem. 4.  
Alta do paciente. 5. Prática profissional. I. Título. II. Mantovani, Maria  
de Fátima.

NLM: WY 156

**TERMO DE APROVAÇÃO**

IEDA MARIA LEAL DA CRUZ

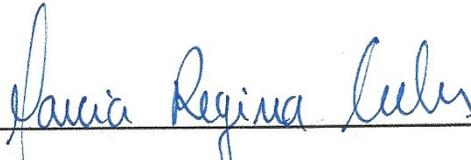
**PROTOCOLOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR NO CUIDADO AO PACIENTE  
NEOPLÁSICO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



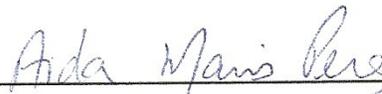
Presidente da Banca: Profª. Drª. Maria de Fátima Mantovani

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Profª. Drª. Márcia Regina Cubas

Pontifícia Universidade Católica do Paraná



Membro Titular Interno: Profª. Drª. Aida Maris Peres

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 13 de Novembro de 2013.

Dedico este trabalho aos pacientes retratados nesta pesquisa, que vivenciam a experiência do adoecer com câncer.

## AGRADECIMENTOS

Obrigada SENHOR pela vida, por seu amor incondicional e sua misericórdia infinita.

À minha família, imenso presente de DEUS, pela tolerância em escutar os meus desabafos nos momentos difíceis desta trajetória.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani, pela paciência mediante as limitações dos meus entendimentos e pela oportunidade de transformações de novos conhecimentos.

À coordenação e ao serviço de secretaria do Mestrado Profissional em Enfermagem pelas orientações recebidas durante o mestrado.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, pelos ensinamentos que possibilitaram a concretização desta dissertação.

Às colegas da turma do mestrado, pela convivência, companheirismo e, por termos compartilhado tantos momentos bons, alegres e de aprendizado.

Aos integrantes do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), pelas trocas de experiências e contribuições à este estudo.

Às acadêmicas de enfermagem da UFPR, pela colaboração e dedicação.

Aos membros das bancas de qualificação e examinadora, pela disponibilidade e pelas contribuições para o desenvolvimento e finalização do trabalho.

Ao Hospital de Clínicas/UFPR, obrigada pelo aprendizado.

À gerência e supervisão de enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência Adulto, pela flexibilização dos horários para a minha participação nas aulas do mestrado.

Aos enfermeiros do Serviço de Pronto Atendimento Adulto, pela fundamental participação na concretização deste estudo.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão em relação a minha ausência no setor.

Aos pacientes, agradeço por terem me ajudado a realizar este trabalho, mas principalmente por me ensinarem o que os livros não ensinam.

À todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

"Na verdade, todo problema depois de resolvido, parece muito simples. A grande vitória, que hoje parece fácil, foi resultado de uma série de pequenas vitórias que passaram despercebidas."

(PAULO COELHO).

## RESUMO

CRUZ, I. M. L. da **Protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao paciente neoplásico**. 88 f. Dissertação (Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado Profissional. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

No Brasil, o câncer vem recebendo atenção terapêutica de alta tecnologia e alto custo dirigidas a pacientes com doença avançada, os quais após o tratamento procuram unidades hospitalares não especializadas para o atendimento de complicações. O objetivo do estudo foi propor protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao paciente neoplásico. Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem qualitativa desenvolvida no Pronto Atendimento Adulto, de um Hospital Público de Ensino em Curitiba, Paraná, realizada em 2 etapas. A primeira foi uma entrevista semiestruturada com 20 pacientes e a segunda a elaboração dos protocolos de orientação para alta hospitalar. Para análise das respostas utilizou-se o método de análise de conteúdo, da qual emergiram três categorias referentes às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Dessas resultaram subcategorias, que norteadas pelos pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, possibilitaram identificar as necessidades afetadas nos pacientes. Os resultados subsidiaram a elaboração de dez protocolos de orientação para alta hospitalar, sendo sete para as necessidades psicobiológicas: constipação intestinal, dificuldade para realizar cuidados corporais, dispnéia, distúrbio do sono e repouso, dor oncológica, falta de apetite e náusea; dois para as psicossociais: ansiedade e angústia e lazer; um para as necessidades psicoespirituais: espiritualidade. Como intervenção, os mesmos permitem ao enfermeiro, avaliar as condições de compreensão dos pacientes e realizar orientações de cuidados individualizados que contribuem para a continuidade do tratamento no contexto domiciliar e diminuição de reinternações.

Palavras-chave: Doença Crônica; Neoplasia; Cuidados de Enfermagem; Alta do Paciente; Prática Profissional.

## ABSTRACT

CRUZ, I. M. L. da **Protocols of orientation for discharged from hospital in the neoplastic patient care.** 88 f. Dissertation (Nursing) - Degree Program Undergraduate Nursing. Federal University of Paraná, Curitiba, 2013.

In Brazil, cancer have been receiving therapeutic attention of high technology and high cost for patients with advanced disease, which after treatment not seek specialized hospital units to care the complications. The aim of this study was to propose a protocol guidelines for hospital care when neoplastic patients. It is methodological research with a qualitative approach developed in the Adult Emergency Department, a Public Hospital Education in Curitiba, Paraná, performed in 2 stages. The first was a semi-structured interview with 20 patients and the second an elaboration of protocols to guide discharged from hospital. To analyze the responses, we used the method of content analysis, from which emerged three categories concerning the psychobiological needs, psychosocial and psychospiritual. These resulted subcategories, which guided by the Theory of Basic Human Needs Wanda Horta, possible to identify the needs in affected patient. The results supported the drafting of ten protocols for discharged from hospital, being seven to the psychobiological needs: constipation, difficulty in body care, dyspnea, disturbance of sleep and rest, oncological pain, lack of appetite and nausea; two for Psychosocial: anxiety and relaxation; one for needs related to spirituality. As intervention, they allow nurses to assess the conditions of understanding of patients and perform individualized care guidelines that contribute to continuity of care in the home context and reduce admissions.

Key-words: Chronic Disease; Neoplasm; Nursing Care; Patient Discharge; Professional Practice.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	43
Gráfico 2	Tempo de Diagnóstico, Segundo Sexo e Tipo de Câncer.....	44
Quadro 1	Classificação das Necessidades Humanas Básicas.....	26
Quadro 2	Demonstração da Análise dos Dados.....	39
Quadro 3	Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	41
Quadro 4	Categoria 1, Necessidades Psicobiológicas.....	45
Quadro 5	Categoria 2, Necessidades Psicossociais.....	47
Quadro 6	Categoria 3, Necessidades Psicoespirituais.....	48
Figura 1	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: náusea.....	60
Figura 2	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dor oncológica.....	61
Figura 3	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: constipação intestinal	62
Figura 4	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: distúrbio do sono e repouso.....	63
Figura 5	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dispnéia.....	64
Figura 6	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: falta de apetite.....	65
Figura 7	Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dificuldade para realizar cuidados corporais.....	66
Figura 8	Algoritmo - Necessidade Humana Psicossocial: ansiedade e angústia...	67
Figura 9	Algoritmo - Necessidade Humana Psicossocial: necessidade de lazer.....	68
Figura 10	Algoritmo - Necessidade Humana Psicoespiritual: necessidade de apoio espiritual.....	69

## LISTA DE SIGLAS

CMUMs	Centros Municipais de Urgências Médicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISO	International Standard Organization
MS	Ministério da Saúde
NHB	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSA	Prostate Specific Antigen
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMO	Transplante de Medula Óssea
UG	Unidade Gerencial
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UUEA	Unidade de Urgência Emergência Adulto
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 OBJETIVOS .....	17
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS .....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	19
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER.....	19
2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE NEOPLÁSICO .....	21
2.3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	24
2.4 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE NEOPLÁSICO .....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	34
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	35
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
3.3.1 Critérios para inclusão.....	36
3.4 TRAJETÓRIA DA COLETA DE DADOS .....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS .....	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	41
4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER .....	43
4.3 TEMPO DE DIAGNÓSTICO, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER.....	44
4.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS .....	44
5 DISCUSSÃO .....	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	49
5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER .....	51
5.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS .....	54
6 PROTOCOLOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR NO CUIDADO AO PACIENTE NEOPLÁSICO .....	58
6.1 PROTOCOLO 1 – NÁUSEA.....	60

6.3 PROTOCOLO 3 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	62
6.4 PROTOCOLO 4 - DISTÚRBO DO SONO E REPOUSO .....	63
6.5 PROTOCOLO 5 - DISPNEIA.....	64
6.6 PROTOCOLO 6 – FALTA DE APETITE.....	65
6.7 PROTOCOLO 7 - DIFICULDADE PARA REALIZAR CUIDADOS CORPORAIS	66
6.8 PROTOCOLO 8 - ANSIEDADE E ANGÚSTIA .....	67
6.10 PROTOCOLO 10 – ESPIRITUALIDADE .....	69
<b>7 CUIDADOS GERAIS PARA O DOMICÍLIO .....</b>	<b>70</b>
7.2 FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA AS PRINCIPAIS NECESSIDADES AFETADAS .....	71
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS JUNTO AOS PACIENTES .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – UUEA.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO 2 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO 3 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - ALTA HOSPITALAR .....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira, várias situações na ação do cuidar foram constantemente vivenciadas. Entre estas, o cuidado ao paciente com câncer\* foi a mais impactante, na qual pude constatar que as orientações acerca da alta hospitalar para estes pacientes eram precárias e havia a necessidade de serem realizadas de forma mais eficaz e direcionadas para as necessidades dos mesmos.

Trabalho no Serviço de Pronto Atendimento (PA) adulto, de um Hospital Universitário, na cidade de Curitiba, Paraná, no qual o meu contato com pacientes com as mais diversas neoplasias é constante, pois é grande a procura desta clientela por atendimento. O serviço caracteriza-se por atender alta demanda de urgência e emergência de pacientes com diversos quadros clínicos, que variam em sua complexidade, assim diariamente, pacientes com câncer são admitidos, provenientes dos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUMs), de consultas ambulatoriais pertencentes a esta instituição e também diretamente de suas residências.

Em pesquisa realizada por Jesus (2013) neste mesmo pronto atendimento, com o objetivo de caracterizar as doenças crônicas de maior prevalência no período de março a agosto de 2012, observou-se que dos 247 pacientes atendidos, 118 (47,78%) eram portadores de câncer. Considerando a população estudada, este percentual demonstra o impacto da busca de atendimento por portadores de neoplasia neste serviço, corroborando com a minha reflexão acerca da necessidade de cuidados de enfermagem específicos para estes pacientes, desde o internamento até a alta hospitalar.

Muitas intercorrências e complicações acometem estes pacientes. Na maioria das vezes estes ficam em observação, com quadro agudo, relacionado ou não à doença de base, apresentando sinais e sintomas de ordem física e emocional como dor intensa, febre, falta de apetite, perda de peso, náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal, fadiga, lesões cutâneas, reações adversas às drogas utilizadas no tratamento, ansiedade

---

\*Neste estudo os termos câncer e neoplasia foram usados como sinônimo, para não tornarem repetitivas as palavras.

e angústia, entre outros. A estes sinais e sintomas, associam-se as limitações e incapacidades próprias do seu processo de adoecimento, trazendo ao paciente com câncer uma experiência de grande sofrimento.

O câncer é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). As doenças crônicas apresentam evolução lenta e duração indefinida, ou recorrências que se estendem por muitos meses ou anos (BRASIL, 2011).

As DCNT atingem pessoas no mundo inteiro e, podem prolongar-se, causando mudanças no cotidiano desses indivíduos e de seus familiares. Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2011).

Entre as DCNT, o câncer é considerado a segunda causa de morte, podendo atingir diferentes partes do corpo:

“No grupo das doenças crônicas não transmissíveis, está o câncer, conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tornam-se agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2011).”

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas, que se referem ao meio ambiente, aos hábitos e costumes próprios de uma sociedade ou internas, que na maioria das vezes são geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas e ambas estão inter-relacionadas (BRASIL, 2011).

O tratamento do câncer é realizado através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (BRASIL, 2011). A escolha do tratamento eficaz para o câncer, baseia-se principalmente no estadiamento e visa não apenas ao tumor primário, mas possíveis metástases, diminuição dos sintomas e sobrevivência do doente (RODRIGUES, 2004).

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, tendo como objetivo a cura, e isso é compartilhado com otimismo, pelo doente e sua família. Nas situações em que a doença encontra-se, em estágio avançado, na qual a cura torna-se impossível, são necessárias mudanças no tratamento, utilizando uma abordagem

paliativa, que permita o manejo e controle dos sintomas associados à doença (BRASIL, 2011).

Cuidar do paciente com câncer implica em conhecer não somente sobre a patologia, mas saber lidar com os sentimentos dos outros (RECCO, 2005). Para isso é necessária uma aproximação entre a equipe de enfermagem, o paciente e sua família, envolvendo aspectos físicos e emocionais, tendo em vista que a percepção da doença sofre influências do meio onde a pessoa vive, de suas crenças e valores. Assim sinais, sintomas e necessidades de cuidado são expressados de maneiras diferentes, independentemente do tipo de câncer apresentado.

Anualmente, são internados cerca de meio milhão de pacientes com câncer em todo o país (BRASIL, 2011) e a oferta de leitos hospitalares é insuficiente para a demanda daqueles que necessitam internamento. Desta forma, na maioria das vezes o tratamento é direcionado apenas para o fator de complicação imediata. As ações de saúde ainda estão voltadas para o aspecto tecnicista e, os cuidados prestados são comuns, sem distinção para o paciente neoplásico (Recco, 2005).

Assim, estes são liberados para o domicílio, tão logo os problemas mais agudos são sanados e, comumente retornam para suas casas, ainda necessitando de cuidados mais complexos e muitas vezes sem a devida orientação ou mesmo desconhecendo como devem ser realizados.

A alta hospitalar constitui o momento pelo qual o cuidado ao paciente, até então internado, é transferido para a continuidade no ambiente domiciliar. Portanto, o planejamento de alta é benéfico para o paciente, mas para isso é importante a troca de informações efetivas entre este e a equipe de enfermagem, para o seguimento correto do cuidado por parte do paciente (SOUZA, 2012).

Assim, diante destas considerações, o enfermeiro deve ser o profissional envolvido no processo de preparo para alta hospitalar, devido seu elo com o paciente, advindo da convivência, do envolvimento e do conhecimento sobre os cuidados prestados durante sua hospitalização.

Ainda assim, o planejamento da alta hospitalar é um aspecto complexo da assistência, não sendo priorizado dentre as atividades que estão sob a responsabilidade do enfermeiro (POMPEO, 2007). Também para Cesar (2005) o tema é pouco abordado junto aos estudantes de graduação em Enfermagem.

Enfim, exercendo atividades de cuidados de enfermagem a pacientes graves, foi possível observar que as orientações realizadas pelos profissionais de saúde aos pacientes com câncer, durante a internação, bem como no preparo para a alta hospitalar eram generalistas. Além disto, as orientações eram voltadas para o aspecto biológico e, questões importantes relacionadas às necessidades psicossociais e espirituais destes pacientes não eram contempladas.

Cabe ressaltar que a instituição de realização do estudo disponibiliza o Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP), ferramenta que permite à enfermagem padronizar suas ações de cuidado, com o objetivo de garantir o resultado esperado por ocasião de sua realização (ROCHA *et al.*, 2012). O POP de alta hospitalar faz parte deste manual, no entanto, foi elaborado com orientações gerais a todos os pacientes, internados nas diversas unidades, não atendendo às especificidades do paciente neoplásico.

Estas observações contribuíram para reflexão sobre a importância de se realizar um cuidado de qualidade a estes pacientes, no qual a forma de atuar dos enfermeiros representa o diferencial, tanto para identificar as necessidades de cuidado, como avaliar o resultado dos mesmos. Para isto, é indispensável o planejamento adequado do cuidado, com orientações direcionadas, claras e objetivas, que apresentem as ações do enfermeiro e, que atendam às principais necessidades do paciente neoplásico, assim como também permitir aos familiares a continuidade do tratamento no domicílio.

Considerando os pacientes neoplásicos atendidos no PA adulto e a magnitude da demanda de cuidado necessários aos mesmos. Considerando também a minha experiência no cuidar e, a necessidade de qualificar a assistência a estes pacientes, surgiu a questão norteadora deste estudo: Quais ações de cuidado o enfermeiro pode orientar durante a internação e alta hospitalar do paciente neoplásico?

Para responder a esta questão foram elaborados os seguintes objetivos:

## 1.1 OBJETIVOS

- 1) Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, no processo da doença dos pacientes neoplásicos internados no PA adulto.
- 2) Elaborar protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao paciente neoplásico.

## 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

A elaboração de protocolos de orientação para alta hospitalar do paciente neoplásico, pode contribuir para minimizar as dúvidas referentes ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos mesmos e de seus familiares e servir de base para estimular a adesão ao tratamento proposto, evitando as reinternações.

Ressalta-se que estes também podem contribuir para que os pacientes, na alta hospitalar, recebam orientações sobre os cuidados de forma clara e objetiva, de acordo com as suas necessidades afetadas.

Relacionado à enfermagem, os protocolos de orientação permitem ao enfermeiro identificar e avaliar as reais necessidades dos pacientes com câncer e, conseqüentemente assegurar a continuidade da qualidade do cuidado aos mesmos, assim como fornecer aos enfermeiros a possibilidade de sistematizar e organizar os cuidados prestados.

A elaboração dos protocolos baseou-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a qual foi a primeira brasileira a fundamentar uma teoria de enfermagem. Horta utilizou as denominações de João Mohana, as quais dividem as necessidades básicas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que estão intimamente relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo indivisível (HORTA, 1979). A teórica enfatizou que as necessidades são comuns a todos os seres humanos, variando somente na sua manifestação, com maior ou menor intensidade e, na maneira de satisfazê-las e, que as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente geram desconforto ao paciente. Esta teoria foi a escolhida como norteadora, pois além de permitir a avaliação das necessidades afetadas nos pacientes com câncer, também estava sendo utilizada para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no local de desenvolvimento deste estudo.

Quanto a contribuição para a instituição, as orientações para alta hospitalar contidas nos protocolos podem servir de subsídios para a implantação da SAE, como serem estendidas às demais unidades de internação. Também a instrumentalização do enfermeiro a partir dos protocolos, auxilia no esclarecimento das dúvidas do paciente e familiares.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados tópicos de revisão de literatura que servirão de suporte teórico para o desenvolvimento deste estudo.

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER

O câncer é conhecido há muitos séculos e foi considerado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, fato que há mais ou menos quatro décadas, vem se modificando tendo em vista que a maior parte do ônus global do câncer pode ser observado em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos como o Brasil. Devido ao crescente número de casos, tornou-se um problema de saúde a nível mundial, que acomete diferentes sistemas do corpo humano e pode causar danos devastadores para famílias inteiras (BRASIL, 2011; GERRA, 2005).

A OMS estimou que, no ano de 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas anualmente com esta patologia:

"No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer de + não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino (BRASIL, 2011, p.26)."

Em relação às causas desta doença são realizadas pesquisas nas áreas médica, biológica e epidemiológica com objetivos de esclarecer sua causalidade. Hoje se reconhece que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de fatores associados (Brasil, 2011), e seu diagnóstico é sempre acompanhado de uma grande carga emocional e de fantasias oriundas de medos do paciente e sua família, seja pelo tratamento imposto ou pela própria evolução da doença (JUSTINO, 2011).

O câncer é uma doença complexa, de longa duração e que compromete a vida dos indivíduos, em seu funcionamento biológico, social e afetivo. Apesar do progresso da

medicina em relação aos procedimentos realizados para o tratamento das doenças terminais, o câncer ainda é uma patologia que se reveste de estigmas, os quais a pessoa dificilmente encontra-se preparada para receber este diagnóstico que interfere nos costumes e na integridade física.

A confirmação do diagnóstico é um momento difícil de ser enfrentado pelo indivíduo. O receio do preconceito e a indiferença também são sentimentos presentes, assim como o medo do isolamento e afastamento do convívio social. A percepção que a sociedade, geralmente, tem do câncer é a associação à doença fatal, vergonhosa e sinônimo de morte, marginalizando o paciente e reproduzindo sentimentos negativos em relação à doença (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Para Costa (2009) o câncer pode impor aos pacientes e familiares um grande desafio na adaptação, pois o prognóstico da doença e a terapêutica escolhida representam uma ameaça à saúde e à integridade do corpo. Cada pessoa tem características únicas para enfrentar o câncer. Após o diagnóstico são frequentes os sentimentos de medo, tristeza, angústia e raiva. As incertezas quanto ao tratamento e cura em relação à doença, são impactantes e causam grande sofrimento. A in experiência em lidar com esta situação dificulta a compreensão desta nova vivência (SIQUEIRA, 2006).

Ainda hoje os pacientes neoplásicos iniciam o tratamento em fase adiantada, o que implica muitas vezes, em comprometimentos os mais diversos, nos aspectos físicos, emocionais e sociais, além daqueles motivados pelo adoecimento existem os que se instalam pela terapêutica, muitas vezes mutiladora ou agressiva, por seus efeitos adversos (GARGIULO, 2007).

Quando um doente recebe a notícia que sua doença não tem mais possibilidade de cura ou já está em estágio avançado, muitas dúvidas surgem em sua mente, por exemplo: porquê isto está acontecendo comigo, como será minha vida agora, quando vou morrer? Todos estes questionamentos costumam trazer muita angústia a estes doentes.

Segundo Salci (2010, p. 19) “o diagnóstico de câncer quase sempre é acompanhado por um estigma aterrorizante” e, para Carvalho (2008) este estigma é reforçado continuamente, em virtude dos diagnósticos tardios. Neste contexto o câncer é representado pelos pacientes como um futuro incerto, algumas vezes sem perspectivas.

O paciente com câncer pode associar a doença à morte, tornando-se profundamente ansioso e vivenciando grande sofrimento. Muitas vezes ele precisa saber

que tem alguém ao seu lado, que se importa e pode compreendê-lo e, sobretudo, que não o deixará sozinho. Neste momento cabe à equipe de enfermagem, por meio do cuidado a ele prestado, demonstrar carinho, ouvindo-o, tocando-o suavemente e permanecendo ao seu lado.

## 2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE NEOPLÁSICO

O cuidado é praticado desde o início da vida e, o seu foco principal é alcançar a sobrevivência. Para Coelho e Fonseca (2005) o cuidado não surgiu em torno da doença, mas sim da sobrevivência, como lutar contra a fome, se abrigar e se proteger. Sua história se constrói sob duas orientações que se complementam: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte. O mesmo acontecendo com a prática profissional de enfermagem, que vem sofrendo modificações desde os seus primórdios (TREZZA, 2008).

Os cuidados de enfermagem ao longo da história retratam diferentes realidades e, para cada uma delas, diferentes práticas assistenciais foram aplicadas, inicialmente de forma empírica e, com o avanço científico assumiu o patamar de ciência da saúde (CRUZ, 2010).

Por muitos séculos a enfermagem foi exercida de forma empírica e, as formas de prestação de cuidado eram instintivas. Após, nas primeiras organizações humanas, o cuidado era exercido por mulheres, que detinham o conhecimento sobre o funcionamento do corpo, do ato de parir, amamentar e sobre o efeito das ervas, entre outros. Estas mulheres recebiam em troca apenas o suficiente para sobreviverem e, transmitiam seus saberes a outras mulheres sem documentá-los (TREZZA, 2008).

Para a mesma autora, este processo de prestar cuidados às pessoas, já identificava o nascimento da enfermagem, ainda não científica mas, independente e confiante nos seus conhecimentos e nos resultados positivos de suas ações.

O cuidado é uma atitude presente no ser humano, em todas as dimensões desde o auto cuidado, o cuidado com outras pessoas e com o espaço onde habitamos, portanto, ele é indispensável para proteger a vida, na sua fragilidade (LEITE, 2006). A enfermagem sempre focalizou o cuidar do ser humano e, nas últimas décadas, esse papel tem sido incrementado por novos conhecimentos científicos e pelas mudanças tecnológicas na

área da saúde, o que leva o enfermeiro à aquisição de mais responsabilidades perante o cuidar do paciente (Moraes, 2009).

Para Mutro (2012), o cuidado de enfermagem visa o bem estar não só do paciente como também da família que o atende, ultrapassando o cuidado tecnicista. Sendo assim, o cuidado não será uma prática exclusiva do profissional de enfermagem, havendo a participação e interação dos envolvidos no processo de cuidar. Também para a mesma autora, a construção deste processo é o resultado da relação entre quem oferece o cuidado e quem o demanda, podendo gerar autonomia ou dependência, conforme as orientações forem dispensadas.

O cuidado de enfermagem ao paciente neoplásico vai além da atenção ao mesmo, envolve também a família frente a complexidade da doença e suas múltiplas demandas, abrangendo ações administrativas e assistenciais na realização destes cuidados.

Como profissão, a enfermagem ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história. A sua relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram até na sua trajetória histórica e, que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde, composta de gente que cuida de gente (COSTA, 2009).

A enfermagem é, sem dúvida, a equipe de maior contato com o paciente em seu tratamento hospitalar, experimentando junto ao mesmo e seus familiares as dores e o sofrimento, contribuindo para o conforto e alívio diante dessas situações (ALVES, 2011). Nessa perspectiva, cuidar não significa apenas realizar técnicas, mas também mostrar na relação profissional e paciente, interesse em conhecer e satisfazer suas necessidades básicas, através do cuidado humanizado que pode ser realizado mesmo diante das tecnologias necessárias para a assistência destes pacientes.

A essência da enfermagem está no cuidado prestado ao ser humano. As inovações tecnológicas na área da saúde e os novos conhecimentos científicos levam o enfermeiro a desenvolver estratégias efetivas, organizando suas ações para responder as necessidades de cuidado do paciente e sua família (SILVA, 2005); Moraes (2009, p.231) complementa que “porém devemos nos lembrar que quando consideramos este cuidado, observamos que não é apenas o corpo que adocece, mas a pessoa em sua totalidade.”

Para uma assistência com qualidade, a enfermagem deve estar apta para reconhecer as necessidades de cada paciente, intervindo na minimização e controle dos

sinais e sintomas por eles apresentados, pois para Puggina (2008), é o cuidado que propicia qualidade à vida destes pacientes.

O enfermeiro pode observar de forma integralizada e, como educador buscar meios para manejar as dificuldades e desenvolver ações para o cuidado. Ele é capacitado para promover a interação enfermeiro-paciente-família, respeitando as necessidades bio-psicosocio-espirituais e compreendendo os sinais presentes na relação interpessoal pelos gestos, expressões ou palavras. Deste modo, a comunicação entre o enfermeiro e o paciente é essencial para um cuidado humanizado e individualizado neste momento de vivência de grande sofrimento (SIQUEIRA, 2006).

Sabe-se que o relacionamento entre os profissionais de enfermagem e os pacientes vem sendo repensado e mudado constantemente. A necessidade de visão renovada e de pensamentos críticos, porém humanizados, estimulam para que haja um diferencial na forma de cuidado a estes pacientes, sem ignorar as dimensões éticas, culturais e religiosas de cada indivíduo.

Moraes (2009) afirma que o conforto sempre pode ser oferecido à pessoa, independente da evolução da sua doença, mesmo na fase avançada deve-se dar prioridade às suas necessidades perguntando ao paciente “O que o está incomodando?”, “Como posso ajudar?”, deste modo será mais fácil atendê-los em suas necessidades.

Em seu estudo, Moraes (2009), relata a necessidade de uma revisão periódica dos cuidados, pois a mudança de prioridade pode ocorrer de um dia para outro, como por exemplo, em um dia o sintoma que está causando desconforto é a dor, em outro dia a dor pode já ter sido controlada e o sintoma que mais o incomoda pode ser a constipação intestinal.

Portanto, entende-se que o cuidado ao paciente com câncer é complexo em função de características específicas do adoecimento e tratamento, requerendo do enfermeiro responsabilidades que lhe são privativas, competências e conhecimentos técnico-científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal, associado ao raciocínio clínico e julgamento crítico na identificação das necessidades apresentadas por estes pacientes, proporcionando um cuidado efetivo e com qualidade (MUTRO, 2012).

Durante o período de internação, uma variedade de sintomas pode estar presente, decorrentes da própria doença, de sequelas e complicações do tratamento ou também de doenças associadas. Assim o cuidar de um doente em fase avançada de doença envolve

vários aspectos, e seu atendimento de forma integral, individualizada e ética, leva em conta a priorização das suas necessidades humanas básicas.

### 2.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), proposta pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta.

Horta foi a primeira brasileira a fundamentar uma teoria de enfermagem, através de pressupostos que preconizam cuidados holísticos e o planejamento das ações de enfermagem estruturado mediante identificação das necessidades do ser humano afetado pelo adoecimento. Ela defendia que as necessidades humanas básicas são universais, portanto comuns a todos os seres humanos.

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 1926, em Belém, no Pará. Graduiu-se em enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) em 1948 e, em 1953 recebeu o diploma de Licenciada em História Natural, na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especializou-se em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela USP em 1962. Conquistou em 1968 os títulos de Doutor e Livre Docente em Fundamentos de Enfermagem pela Escola Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde foi aprovada em concurso em 1974, recebendo o título de Professor Adjunto, exercendo funções didática, administrativa e de pesquisa. Faleceu na década de 1980 em São Paulo.

As bases fundamentais que a autora utilizou estão nas NHB trabalhadas por Maslow, na Teoria da Motivação Humana. Essa teoria engloba três princípios gerais: a lei do equilíbrio (homeostase), na qual todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; na lei da adaptação, no qual os indivíduos procuram se manter em equilíbrio a partir da interação com o seu meio externo; e, no holismo, em que o todo não é simplesmente a soma das partes, mas o conjunto delas (BORDINHÃO, 2010).

Um indivíduo só procura satisfazer as necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores, não havendo nunca a satisfação completa ou permanente de uma necessidade (HORTA, 1979).

Para Horta (1979), as necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estado de equilíbrio dinâmico as necessidades não se manifestam, porém estão latentes, surgindo com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado.

A contribuição desta teórica de enfermagem no Brasil foi o uso do processo de enfermagem na década de 1970, em São Paulo, ela trouxe como referencial teórico a aplicação na sua propostada Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Maslow (BORDINHÃO, 2010). Sua teoria tem uma abordagem humanista e empírica, admitindo o ser humano como parte integrante do universo, surgindo daí os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Além das NHB de Maslow, Horta adotou a denominação de João Mohana, na qual o ser humano apresenta necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual que estão interligadas (BORDINHÃO, 2010).

As necessidades psicobiológicas são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem e se manifestam, por exemplo, na vontade de tomar banho ou repousar.

As necessidades psicossociais são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se ou viver em grupo.

As necessidades psicoespirituais são aquelas por meio das quais o homem tenta entender o que vivencia, sem explicação científica, ultrapassando as linhas que limitam a sua experiência no mundo.

Embora não exista em seu livro “Processo de Enfermagem” a base de sua teoria e definições acerca de cada uma destas necessidades, Horta introduziu em cada um desses níveis subgrupos com o propósito de facilitar a prática de enfermagem, conforme apresentado no quadro 1:

<b><u>Necessidades Psicobiológicas</u></b>	<b><u>Necessidades Psicossociais</u></b>
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação
Integridade física	Autorrealização
Regulação: térmica, hormonal	Autoestima
Vascular	Participação
Neurológica, hidrossalina, eletrolítica	Autoimagem
Imunológica, crescimento celular	Atenção
Locomoção	<b><u>Necessidades Psicoespirituais</u></b>
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil	Religiosa ou teológica
Gustativa, dolorosa	Ética ou de filosofia de vida.
Ambiente	
Terapêutica	

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Fonte: HORTA, W. A. Processo de enfermagem, São Paulo: E.P.U., p. 40, 1979.

Todas estas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo indivisível, manifestando-se através de sinais e sintomas, com maior ou menor intensidade, que variam de um paciente para outro.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) proposta por Wanda de Aguiar da Horta, influenciou várias gerações de enfermeiras brasileiras, mantendo-se presente no ensino e na prática da enfermagem (OLIVEIRA, 2012).

Em sua teoria Horta (1979, p. 30) afirmou que “assistirem enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e

encaminhar a outros profissionais." Horta também definiu metaparadigmas, utilizando conceitos que contemplaram sua teoria:

- Ser humano: é o paciente/cliente como um indivíduo, uma família ou uma comunidade que necessita de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-doença (HORTA, 1979, p. 3).

- Enfermeiro: é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações. Engajado pelo compromisso assumido com a enfermagem, tem conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro. O ser enfermeiro é gente que cuida de gente (HORTA, 1979, p. 3).

- Ser enfermagem: Horta (1979) conceitua o ser enfermagem como um ser que tem como objeto assistir às necessidades humanas básicas, estando ligado intrinsecamente ao ser humano.

- Saúde-doença: o processo dinâmico ocorre porque o ser humano está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, logo doença é a falta de equilíbrio do ser humano com o mundo a sua volta. Por consequência, saúde é estar em perfeito equilíbrio com o universo (HORTA, 1979).

- Ambiente: em sua teoria, Wanda Horta não define ambiente, ela considera que há uma troca contínua de matéria e energia entre ambos e, que o homem experimenta seu ambiente como uma onda ressonante de complexa simetria, unindo-o com o resto do mundo (HORTA, 1979).

Horta propôs, considerando estas definições, uma metodologia para a realização de uma assistência de enfermagem eficiente fundamentada no método científico. A dinâmica das ações ocorrem de forma sistematizada e inter-relacionada. Este método de assistência de enfermagem foi denominado por Horta (1979) processo de enfermagem.

Lima (2010) traz no relato de experiência obtido por meio de vivência de acadêmicos do curso de Enfermagem em um hospital escola no interior do estado do Rio Grande do Sul, a construção de um plano assistencial sob enfoque da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a partir da análise dos prontuários e do diálogo com os pacientes internados na Unidade de Hematologia.

No estudo foram identificadas necessidades psicobiológicas como a dor, alteração no padrão alimentar e locomoção. Boa parte dos pacientes referiu sentir náusea, apresentar vômito e diarreia após cada ciclo de quimioterapia ou radioterapia recebidos, resultando em consequente emagrecimento e debilidade. Pertinente às necessidades

psicossociais e psicoespirituais, elencou-se o distúrbio da autoestima, relacionado com alterações da imagem corporal, autoconceito, incerteza de sua recuperação, isolamento social e dificuldade em lidar com as rotinas e normas do hospital (LIMA, 2010).

Como resultado, o estudo auxiliou na compreensão não somente acerca do desenvolvimento do câncer e sinais e sintomas isoladas, mas permitiu a identificação de algumas necessidades humanas básicas e maior compreensão acerca dos cuidados primordiais, possibilitando inter-relacionar a teoria das NHB com as ações diárias do cuidado. Por consequência elaborou-se um plano assistencial compatível com a realidade de cada paciente, destacando aos mesmos a importância que o cuidado representa na evolução do tratamento (LIMA, 2010).

Também outro estudo foi realizado por Bordinhão (2012), em um hospital de ensino de grande porte, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, teve como objetivo de construir coletivamente um instrumento de coleta de dados para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, para a implantação da primeira etapa do Processo de Enfermagem, utilizando como ponto de partida um instrumento de coleta de dados existente na instituição.

As discussões produzidas pelo grupo de enfermeiros, foram analisadas conforme o preconizado por Horta e o instrumento elaborado ficou estruturado em grupos e subgrupos das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Após foi elaborado um manual contendo a semiologia do adulto, permitindo a avaliação e a identificação das necessidades do paciente, como um todo indivisível no seu universo bio-psico-sócio-espiritual, auxiliando o enfermeiro a determinar intervenções individualizadas (BORDINHÃO, 2012).

Já outro estudo foi desenvolvido por Santana (2011), em um Centro Municipal de Urgências Médicas em Curitiba, cujos objetivos foram identificar as NHB mais frequentes em pacientes adultos internados e elencar intervenções de enfermagem necessárias ao atendimento das necessidades afetadas, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A coleta de dados por meio da análise dos prontuários dos pacientes, permitiu a identificação de dezesseis necessidades psicobiológicas e uma necessidade psicossocial, sendo elaborado um plano assistencial para o atendimento das necessidades identificadas.

A autora acredita que a identificação de necessidades e as intervenções de enfermagem emergindo da prática, vão ao encontro das reais necessidades de cuidado do paciente. Apesar das vantagens apontarem relação à utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a autora destaca que a produção científica consultada não apresenta a definição de cada necessidade e os sinais e sintomas que as caracterizam, dificultando o raciocínio diagnóstico (SANTANA, 2011).

Neste contexto, a utilização de um referencial teórico como das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, permite a avaliação do paciente como um todoindivisível, facilitando ao enfermeiro a identificação das necessidades apresentadas, promovendo assim, um cuidado individualizado.

#### 2.4 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE NEOPLÁSICO

A alta hospitalar é a transferência do cuidado ao paciente do hospital para outros contextos de saúde. No hospital, o médico é o responsável legal pela alta hospitalar do paciente, mas o enfermeiro é considerado o coordenador do seu planejamento, por atuar de forma integral com o paciente (GANZELLA, 2008). Visando a redução do auto custo das hospitalizações, o planejamento da alta do paciente tem sido uma das principais preocupações para assegurar a continuidade do tratamento e evitar a reinternação (PEREIRA, 2007). Por outro lado, devido à diminuição do tempo de internação dos pacientes, também com o objetivo prevenir infecções hospitalares, ao longo do tempo o planejamento de alta tem mudado significativamente.

Para a mesma autora, a alta precoce como uma estratégia dos sistemas de saúde para enfrentar o alto custo dos tratamentos, faz recair sobre o próprio paciente e seus familiares, o encargo dos cuidados. Assim, o plano de orientação de alta hospitalar é uma ferramenta fundamental para assegurar as condições que permitam a continuidade do cuidado no domicílio após a hospitalização (PEREIRA, 2007).

O momento da alta hospitalar costuma trazer, ao paciente, sentimentos ambíguos, como satisfação e medo. Satisfação por voltar para casa e medo por sentir-se inseguro sem o suporte da equipe de saúde. Quanto maior a dependência de cuidados maiores

são os receios (MARQUES, 2010). Comumente, os pacientes retornam para a família logo após a resolução de problemas mais agudos.

A reinternação acontece pelo despreparo do paciente ou família sobre os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio, como a dificuldade na administração de medicamentos, cuidado com estomias, mudanças no estilo de vida e enfrentamento com alterações da auto-imagem (PEREIRA, 2007).

Também para Ganzella (2008), pacientes com múltiplas doenças crônicas têm suas necessidades atendidas em curto espaço de tempo, deixando de lado a atividade educativa e o preparo para a alta.

O fornecimento de orientações para alta hospitalar aos pacientes corresponde à intervenção básica no planejamento, devendo haver interação com os familiares e pacientes, porque eles conseguem identificar suas necessidades de informação. No entanto, o seguimento de cuidados no ambiente domiciliar depende, em grande parte, das orientações recebidas, que devem ser direcionadas às necessidades de cada paciente.

Observa-se na prática clínica, que a orientação da alta hospitalar é dada no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação. Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros (POMPEO, 2007). Na maioria das vezes o planejamento de alta não é realizado partir do momento da internação e as orientações são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Diante destas constatações, o desligamento hospitalar pode ter resultados positivos para o paciente se, durante a internação ele for orientado de forma sistemática e consiga expressar suas dúvidas (ROSA, 2010).

O ensino no plano de alta é parte integrante do processo educativo, incluindo orientações ao paciente e à família acerca do que necessitam saber e compreender, considerando-se os aspectos biopsicoespirituais (POMPEO, 2007). No entanto, a mesma autora relata que os trabalhos sobre o tema alta hospitalar, encontrados na revisão de literatura, são focados na importância do papel do enfermeiro, na adaptação e compreensão do cliente e familiares sobre cuidados fora da instituição hospitalar, e poucos trabalhos sobre a perspectiva do paciente.

Neste sentido, Ganzella (2008) complementa que os pacientes e seus cuidadores são capazes de identificar suas necessidades de informações, destacando que a forma

como as orientações são fornecidas podem influenciar na compreensão, trazendo tranquilidade para o paciente, quanto aos cuidados necessários após a alta hospitalar.

Também a literatura aponta que o enfermeiro não documenta os cuidados e atividades educativas realizadas junto ao paciente, dificultando a comunicação na equipe e o acompanhamento do aprendizado do paciente (SUZUKI, 2011).

Observa-se também um afastamento do enfermeiro e uma desvalorização por parte deste, das perspectivas do paciente quanto a alta hospitalar. Além disto, não foram encontrados estudos atuais relatando orientações de enfermagem para a alta hospitalar específica do paciente oncológico. Os artigos recentes abrangem as mais diversas especialidades, descrevendo orientações ao paciente diabético, hipertenso, com doenças cardiológicas, neurológicas, entre outras (SUZUKI, 2011).

Marra (1989) em seu estudo sobre orientação de alta planejada, define o plano de alta como um instrumento que visa melhor recuperação do paciente e minimiza suas inseguranças, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida social e familiar. Ela relata que esta ação resulta em aprendizado para o paciente e enfermeiro, sendo uma oportunidade para efetivar a interação entre eles.

Corroborando com esta idéia, um estudo descrito por Silva (2001), teve como objetivo construir um instrumento que caracterizasse as demandas de cuidado para um paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea (TMO), refletindo sobre as intervenções de enfermagem no planejamento de alta hospitalar. Como resultado a autora relata que o instrumento permitiu a avaliação dos requisitos de autocuidado e, que apesar de ter sido aplicado em apenas um paciente, foi possível considerá-lo como suporte para a elaboração do planejamento de alta hospitalar para os pacientes de TMO.

Em outro estudo, Fonseca (2008) elaborou um programa de alta hospitalar para pacientes portadores de sequelas neurológicas, de um hospital universitário em Porto Alegre que visava orientar os familiares e cuidadores de pacientes com esta patologia para que eles pudessem dar continuidade aos cuidados no contexto domiciliar, contemplando duas atividades: a orientação à beira do leito do paciente com seus cuidadores e familiares, e atividade grupal dividida em dois encontros. Como resultado, o estudo demonstra a necessidade de se conhecer melhor as características, necessidades e expectativas da família, adaptando as orientações de alta, para prestar um cuidado mais direcionado.

Para Andrietta (2011), o plano de alta deve estar embasado em dados coletados durante a internação, que incluem as limitações do paciente, da família ou do ambiente, pois todos esses dados compõem a implementação e a coordenação do plano de cuidados, sendo esse processo essencial para a troca de informações entre paciente, cuidadores e pessoas responsáveis pelo atendimento.

A mesma autora relata em estudo mais recente, voltado para o plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, que o planejamento de alta de forma inadequada e o não seguimento das orientações dadas são apontados como fatores de re-hospitalização de pacientes com insuficiência cardíaca (ANDRIETTA, 2011).

Em outro estudo realizado por Suzuki (2011), o objetivo foi apresentar uma proposta inicial de protocolo para planejamento da alta hospitalar do paciente diabético admitido na unidade de internação geral de adultos de um hospital-escola público. O estudo teve como base a revisão de literatura entre 2004 e 2009 dos pacientes em questão. Verificou-se a necessidade de readequações, advindas do uso do protocolo no dia a dia e a importância da inserção do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. O estudo também apontou que apesar da literatura apresentar discussões sobre o planejamento da alta para o paciente e a importância do enfermeiro neste processo, a documentação de experiências de enfermeiros brasileiros neste sentido, ainda se mostra escassa.

Na enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser o profissional responsável pelo cuidado, é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando avaliações e orientações (REVELES, 2007). Corrobora deste pensamento Suzuki (2011, p. 528) afirmando que "o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente e na coordenação do planejamento de alta."

O enfermeiro é responsável pelo planejamento da alta hospitalar, cabendo ao mesmo usar não somente conhecimentos científicos, como também ser sensível às necessidades psicológicas, sociais e espirituais, não explicitadas pelo paciente, promovendo orientações mais individualizadas. As orientações de alta devem compreender ações programadas de acordo com as necessidades de cada paciente, visando minimizar inseguranças, prevenir complicações e ou comorbidades e evitar reinternações (CESAR, 2005)

Desenvolver um plano de orientações de alta hospitalar individualizado, integrando a objetividade, aplicando o conhecimento técnico-científico e a subjetividade, proporcionando conforto e amparo, tanto para paciente quanto para a família, torna a abordagem do enfermeiro mais humanizada.

O enfermeiro deve estar atento à presença de sinais e sintomas e permitir que o paciente se expresse, dizendo como está se sentindo e o que o incomoda. Assim demonstra interesse e compreensão pelos seus pensamentos e sentimentos. Desta forma será mais fácil atendê-lo em suas necessidades (MORAES, 2009), e o planejamento de alta hospitalar, trará benefícios para o paciente, na continuidade dos cuidados no contexto domiciliar.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa, que foi realizada em 2 etapas. Primeiramente, procedeu-se o levantamento das necessidades de cuidados dos pacientes com diagnóstico de câncer atendidos neste serviço. A segunda etapa correspondeu à elaboração dos protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado a estes pacientes.

A meta deste tipo de pesquisa é a elaboração de um instrumento de captação ou de manipulação da realidade (MORESI, 2003). Também para Polit (2004) refere-se às investigações de métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e a avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa.

Complementando, Correa (2008) relata que a pesquisa metodológica está voltada para a inquirição de métodos e procedimentos adotados como científicos. E, segundo Demo (1994, p. 37) “Faz parte da pesquisa metodológica o estudo de paradigmas, as crises da ciência, os métodos e as técnicas dominantes da produção científica”. Deste modo, a pesquisa metodológica está associada a caminhos, formas, maneiras e procedimentos para atingir determinado fim.

A construção de instrumentos é dividida didaticamente em três grandes polos (PASQUALI, 1999): Teórico: consiste na reflexão, interesse, levantamento bibliográfico e análise por peritos. Empírico (experimental): consiste na elaboração das instruções para a aplicação do instrumento, decisão de quem vai aplicar e qual será a população alvo; Analítico (estatístico): consiste nas análises estatísticas efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido, testes psicométricos (confiabilidade, validade).

Na realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permite ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico do seu estudo, propiciando um maior aprofundamento dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado. Contudo, requer como atitudes fundamentais do pesquisador: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os sujeitos envolvidos, atitudes essenciais para os estudos qualitativos. Com este tipo de metodologia caminha-

se para um universo de significações, motivos, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2010).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Pronto Atendimento adulto, da Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA), de um Hospital Público de Ensino, de grande porte, na cidade de Curitiba, Paraná. Esta instituição é referência em vários serviços de saúde e realiza todos os seus atendimentos de forma gratuita, pois é totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Classifica-se como nível terciário, ou seja, atende somente casos de médio e graves riscos (UFPR, 2011). Como hospital universitário, constitui campo de ensino para diversos setores, principalmente para a área de Ciências da Saúde. Além dos cursos da UFPR, a instituição também recebe estagiários de outras instituições de saúde.

A Unidade de Urgência e Emergência Adulto, fica localizada no Anexo H e, é responsável por prestar atendimento de urgência e emergência ao adulto em estado grave, não resultante de acidentes, encaminhados pelos Centros Municipais de Urgências Médicas Boa Vista e Fazendinha, através de seu Pronto Atendimento (UFPR, 2004).

O modelo de gestão do serviço é de Unidade Gerencial (UG), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para os hospitais federais, estaduais e municipais. Este tem como base a descentralização das decisões e a co-responsabilidade do corpo funcional, vindo ao encontro das necessidades de modernização administrativa, através de um trabalho multiprofissional, focado na integralidade do cuidado e a qualidade da assistência (UFPR, 2006).

A infraestrutura do PA adulto está dividida em dois andares. No andar térreo encontra-se o PA emergência, que é a porta de entrada para o atendimento, dispondo de sala de reanimação com 3 leitos destinados à pacientes em estado grave, geralmente intubados e em ventilação mecânica. Dez consultórios, com um total de 4 poltronas e 18 macas, nos quais os pacientes, após passarem por consulta médica, permanecem em observação, aguardando conduta. No primeiro andar está localizado o PA observação, com 10 leitos, destinados à internação de pacientes provenientes do PA emergência.

A equipe de enfermagem é composta por 6 enfermeiros, sendo 1 responsável também pelas questões administrativas, 8 técnicos de enfermagem e 39 auxiliares de enfermagem responsáveis pela assistência a estes pacientes. No PA emergência o cuidado de enfermagem é realizado por posto de trabalho conforme a escala de atividades e, no PA observação o cuidado ao paciente é integral. Ainda fazem parte da equipe multiprofissional: assistente social, nutricionista, residentes de enfermagem, fisioterapia, medicina e médicos plantonistas.

Neste serviço são atendidos pacientes diagnosticados com diversos tipos de câncer, muitos com a doença em estágio avançado, apresentando sinais e sintomas de ordem física e emocional como, dor intensa, febre, vômito, diarreia, perda de peso e fadiga, lesões cutâneas, medo, ansiedade e angústia entre outros.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram 20 pacientes, de ambos os sexos e, com diagnóstico de câncer, em observação no PA adulto.

A seleção dos pacientes foi realizada de forma intencional, uma vez que estes foram recrutados por apresentarem condições de expressar suas queixas e necessidades afetadas. O número de participantes do estudo foi determinado a partir do critério de saturação proposto por Turato (2003), no qual o pesquisador fecha o grupo quando as informações coletadas com certo número de sujeitos e novas entrevistas, passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo.

#### 3.3.1 Critérios para inclusão

Foram incluídos os pacientes adultos acima de 18 anos e com menos de 60 anos de idade, com complicações decorrentes da doença de base, que se comunicavam verbalmente e sentiam-se em condições para responder as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados.

### 3.4 TRAJETÓRIA DA COLETA DE DADOS

Para a coleta de informações junto aos pacientes, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada. Para Minayo (2010) entrevista é uma conversa a dois, ou entre diversos interlocutores, realizada por iniciativa do pesquisador. A mesma autora complementa que este tipo de técnica possui a finalidade de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

A entrevista semiestruturada é aquela que combina perguntas fechadas e abertas, e que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sugerido sem que o entrevistador fixe determinadas respostas ou condições (Bailey, 1982). Neste sentido, Gil (2007) aponta que a entrevista semiestruturada é guiada por uma relação de questões de interesse, tal como um roteiro, que o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento. Assim, esta técnica permite que o pesquisador obtenha informações verbais e, também faça as adaptações necessárias.

A coleta de dados junto aos pacientes ocorreu nos meses de março a maio de 2013 e, as entrevistas individuais, com eixo temático relativo às necessidades humanas básicas, foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, sem agendamento prévio e, sempre respeitando as condições dos pacientes. Inicialmente em uma conversa informal, a pesquisadora apresentava-se, explicava o objetivo e as etapas da pesquisa, bem como a necessidade da utilização do gravador para posterior transcrição das entrevistas. Ressaltava também a importância da colaboração dos entrevistados e confirmava sua disponibilidade em participar. Esta etapa teve como guia um roteiro composto por caracterização geral do entrevistado e questões relacionadas às suas queixas (APÊNDICE 1).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os depoimentos obtidos dos pacientes foram transcritos e analisados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Para a autora, trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens. Assim esta técnica tem a finalidade de ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

Para o levantamento e organização dos conteúdos obtidos é necessário, segundo Bardin (2011): pré-análise, codificação, categorização e inferência.

A pré-análise corresponde à fase de organização objetiva dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação das hipóteses, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

A etapa da codificação consiste na transformação e agregação sistemática dos dados brutos em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

A categorização é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento analógico (BARDIN, 2011).

Na sequência, a inferência é a intenção da análise de conteúdo, é a etapa que permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2011).

Seguindo as etapas da análise de conteúdo, os dados foram agrupados em categorias e subcategorias pré estabelecidas de acordo com as necessidades afetadas, conforme os níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, expressados pelos pacientes, norteados pela teoria das NHB, descritas por Horta (1979).

A primeira categoria foi constituída pelas necessidades psicobiológicas, tendo como subcategorias: dor oncológica, sono e repouso, nutrição, náusea, eliminações, cuidados corporais, oxigenação, sexualidade, regulação vascular e, ambiente.

Na segunda categoria, as necessidades psicossociais expressadas, originaram as subcategorias: segurança, ansiedade, atenção, aceitação, auto estima e auto imagem, auto realização e liberdade e, lazer.

Da terceira categoria, necessidades psicoespirituais, emergiram as subcategorias, espiritualidade e, religiosa ou teológica.

TEXTO	UNIDADE DE CONTEXTO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A dor é bem forte. Depois da cirurgia, eu parei de sentir dor por mais ou menos 5 meses, mas agora voltou...desde que fiquei doente, que descobri o câncer, parei de viver, eu parei de viver, por causa dessa dor, 24 horas por dia, sempre com dor.	...eu parei de viver, por causa dessa dor, 24 horas por dia...	Necessidades psicobiológicas	Dor oncológica

Quadro 2 - Demonstração da Análise dos Dados  
Fonte: A autora, 2013

A partir da categorização foi possível a análise dos dados coletados, a interpretação das mensagens e, por meio desta identificação das necessidades afetadas nos pacientes. As necessidades expressadas foram elencadas em subcategorias que posteriormente, deram origem aos protocolos de orientação de enfermagem para alta hospitalar. Este processo fundamentou-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e, abrangeu os aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais.

Os protocolos foram construídos para nortear as ações dos enfermeiros, permitindo autonomia e maior resolutividade e, assegurar um cuidado com qualidade. Os mesmos foram elaborados pela pesquisadora, que optou pela forma de algoritmo, por considerar que é de fácil entendimento, tanto para a equipe de enfermagem, quanto para o paciente.

Para a construção dos mesmos utilizou-se o programa de informática Office Word 2011®, SmartArt, que constituído por elemento gráfico transmite as informações visualmente, na forma de diagramas ou organogramas, permitindo também a inserção de novas informações ou alterações das já existentes.

Após a construção dos protocolos de orientação, foi elaborado também o folder de cuidados gerais para o domicílio, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre as várias situações que o paciente e familiares possam vivenciar no seu dia a dia. O mesmo foi estruturado a partir da demanda das necessidades apresentadas pelos pacientes e,

contém uma linguagem clara e detalhada, para facilitar a compreensão e incentivar a adesão dos mesmos aos cuidados orientados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, seguiu-se as normas da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tratando-se de estudo com seres humanos, utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi previamente assinado pelo paciente ou responsável legal (APÊNDICE 2). Também em respeito às questões éticas, os participantes foram identificados com a letra P, seguida do número da respectiva entrevista, mantendo o anonimato dos mesmos durante a transcrição dos dados coletados.

Para o desenvolvimento do estudo no Serviço de Pronto Atendimento adulto foi solicitada autorização no colegiado interno da Unidade de Urgência e Emergência Adulto no mês de outubro de 2012 (ANEXO 1). Na sequência o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), para a inclusão dos objetivos a serem desenvolvidos, sendo aprovado na reunião do dia 19 de fevereiro de 2013, sob o Registro CEP/SD: 1227.152.11.09 (ANEXO 2).

## 4 RESULTADOS

Para melhor compreensão, neste capítulo, os resultados são apresentados de forma descritiva em gráficos e quadros, seguindo a sequência das etapas desenvolvidas: caracterização sociodemográfica dos pacientes, incidência dos tipos de câncer e tempo de diagnóstico, nos sexos masculino e feminino e, necessidades humanas básicas afetadas.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 20 pacientes adultos, de ambos os sexos e com diagnóstico prévio de câncer, apresentados com identificações fictícias, seguido dos dados sociodemográficos (Quadro 3).

PARTICIPANTES	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	EST.CIVIL	FILHOS
P 1	50	F	Ens. superior	Enfermeira	Casado	04
P 2	34	F	Ens. médio	Cozinheira	Casado	01
P 3	30	F	Ens. fundamental	Estoquista	Casado	02
P 4	60	M	Ens. fundamental	Motorista	Casado	02
P 5	34	M	Ens. médio	Op.máquinas	Casado	02
P 6	51	F	Ens. fundamental	Aposentada	Casado	02
P 7	59	F	Ens. médio	Aposentada	Casado	02
P 8	44	F	Ens. médio	Secretária	Solteiro	01
P 9	47	F	Ens. fundamental	Do lar	Casado	02
P 10	60	M	Ens. médio	Motorista	Casado	03
P 11	59	F	Analfabeta	Do lar	Casado	11
P 12	57	M	Ens. fundamental	Op. guincho	Casado	01
P 13	60	F	Ens. fundamental	Do lar	Casado	04
P 14	58	F	Ens. fundamental	Costureira	Casado	03
P 15	53	F	Ens. fundamental	Diarista	Viúvo	03
P 16	57	M	Ens. médio	Vendedor	Casado	02
P 17	21	F	Ens. fundamental	Aux.produção	Solteiro	02
P 18	53	F	Ens. fundamental	Do lar	Casado	04
P 19	49	M	Ens. fundamental	Zelador	Casado	02
P 20	36	M	Ens. fundamental	Conferente	Casado	04

Quadro 3 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Fonte: A autora, 2013

As idades variaram entre 21 e 60 anos, com uma média de 48.6 anos. Constatou-se a maior incidência na faixa etária compreendida entre 51 e 60 anos, correspondendo a 55%.

Com relação ao sexo dos participantes, sete eram do sexo masculino (35%). Houve maior prevalência no sexo feminino, totalizando 13 participantes (65%).

No que se refere ao estado civil, evidenciou-se que 17 participantes (85%) eram casados, dois solteiros (10%) e, um era viúvo (5%). Em relação ao número de filhos houve uma variação entre 1 e 4 filhos e, uma participante informou ter 11 filhos.

Quanto a escolaridade dos entrevistados, um concluiu ensino superior (5%), três cursaram o ensino médio completo (15%), seis possuíam ensino médio incompleto (30%), um completou o ensino fundamental (5%), oito não chegaram à conclusão do ensino fundamental (40%) e, um relatou não saber ler e escrever (5%).

No que tange à ocupação dos participantes do estudo, observou-se que as mesmas eram diversificadas, sendo que quatro eram do lar (20%), dois aposentados (10%), dois eram motoristas (10%). Os demais, desempenhavam funções diversas.

Em relação à renda familiar, 17 participantes (85%) recebiam entre 1 e 3 salários mínimos. Os outros três participantes (15%), informaram renda familiar de 4 e 5 salários mínimos.

Quanto a religião, oito eram evangélicos (40%), seis eram católicos (30%) e, seis não tinham preferência religiosa (30%). Dos 14 participantes com uma religião definida, oito relataram ser praticantes, três não eram praticantes assíduos e, três diminuíram sua frequência à igreja devido a dificuldades encontradas pela própria doença.

## 4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER

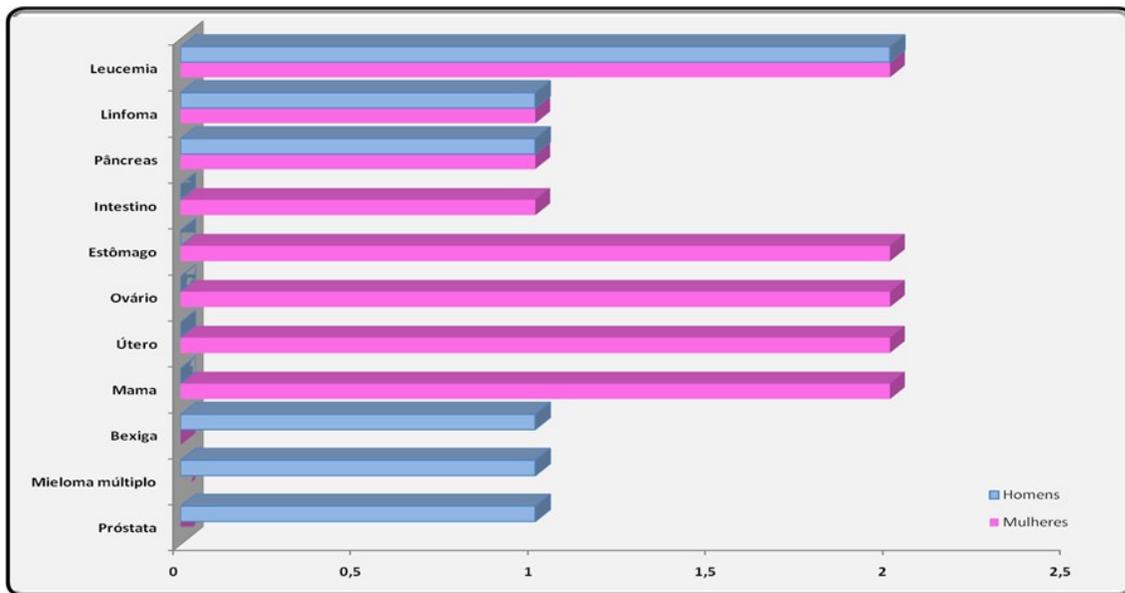


Gráfico 1 - Distribuição dos Participantes, segundo sexo e tipo de câncer  
 Fonte: A autora, 2013

Neste estudo, das 13 participantes do sexo feminino, uma apresentou diagnóstico de linfoma não hodgkin, uma câncer de intestino e, uma câncer de pâncreas. Para os cânceres de mama, colo do útero, ovário, estômago e, leucemia a incidência foi de duas mulheres respectivamente (gráfico1).

Ainda conforme demonstrado no gráfico 1, neste estudo foram sete os participantes do sexo masculino diagnosticados com câncer, sendo dois com leucemia, um com mieloma múltiplo e um com linfoma não hodgkin. Para os cânceres de bexiga, próstata e pâncreas a ocorrência foi de um caso para cada patologia respectivamente.

#### 4.3 TEMPO DE DIAGNÓSTICO, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER

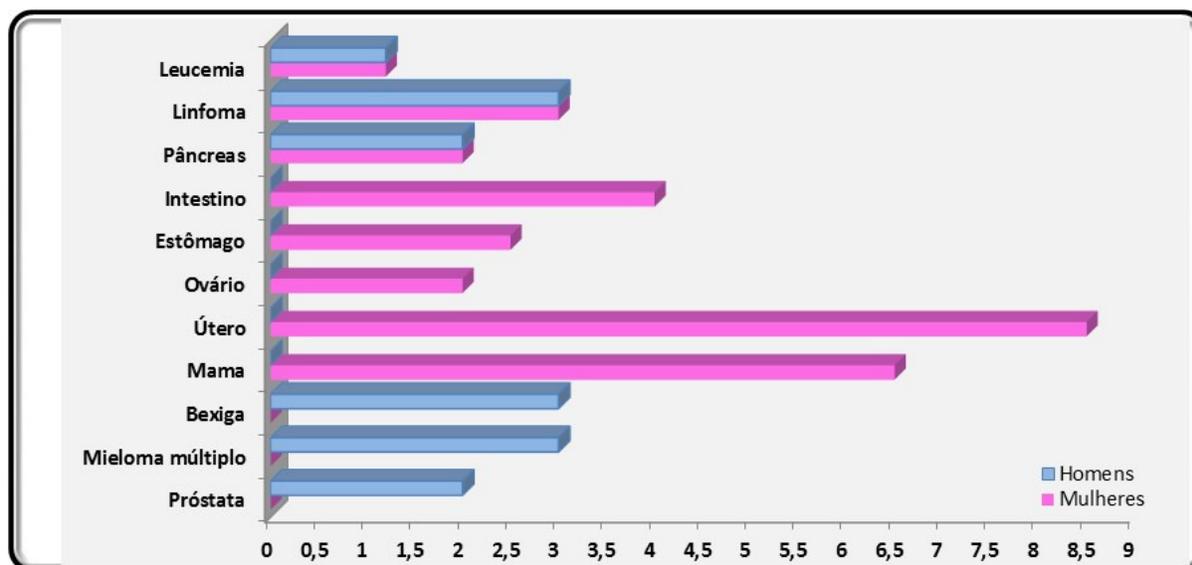


Gráfico 2 - Tempo de Diagnóstico, segundo Sexo e Tipo de Câncer  
Fonte: A autora, 2013

Conforme o gráfico 2, as pacientes do sexo feminino apresentaram maior tempo de diagnóstico em relação ao câncer de mama e colo do útero (6,5 anos e 8,5 anos respectivamente). Também para o sexo feminino, os demais tipos de câncer apresentados, apontam tempo de diagnóstico entre 1 mês e 4 anos.

Para o sexo masculino, o tempo de diagnóstico apresentado para os tipos de câncer, variou entre 1 ano e 3 anos, sendo o maior tempo da descoberta da doença para o mieloma múltiplo e o câncer de bexiga com 3 anos, seguido pelo câncer de próstata com 2 anos de diagnóstico.

#### 4.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS

Quanto às necessidades psicobiológicas afetadas pelo adoecimento, as mesmas foram identificadas através dos relatos dos participantes e, agrupadas em subcategorias, conforme demonstrado no quadro 4:

SUBCATEGORIAS	RELATOS DOS PARTICIPANTES
Percepção dolorosa: dor oncológica	P 02: "eu sinto muita dor nos ossos, no pulmão..." P 04: "muita dor nas pernas..." P 05: "eu parei de viver por causa dessa dor..." P 06: "muita dor, sempre..."
Sono e repouso	P 03: "tenho muita dificuldade para dormir..." P 08: "estou aqui há 4 dias, dormindo em uma maca..." P 12: "se não tomar remédio, não durmo..." P 14: "nenhum dos dias consegui dormir, colchão muito fino..."
Nutrição	P 01: "na minha casa eu me cuido com comidas integrais..." P 02: "a alimentação é sempre a mesma coisa..." P 10: "não tenho muito apetite..." P 12: "emagreci 7 kg..."
Eliminações (constipação intestinal)	P 09: "para evacuar eu estou tomando óleo mineral..." P 13: "sinto bastante desconforto para evacuar..." P 16: "já faz alguns dias que não faço nada..."
Oxigenação (falta de ar)	P 07: "muita dificuldade para respirar, falta o ar..."
Sexualidade	P 01: "como mulher, muda totalmente nossa vida sexual..." P 01: "hoje não sou uma mulher normal, tenho desejos, mas sou limitada..."
Regulação vascular	P 01: "tenho disfunção na circulação, o ritmo do sangue diminui nas pernas..." P 12: "tenho inchaço nas pernas..."
Ambiente	P 02: "estou aqui porque não tem vaga no quarto para mim..." P 08: "o banheiro é longe..." P 14: "falta uma limpeza maior aqui..."
Náusea	P 1 : "estou enjoado do estômago..." P 6: " na verdade, o cheiro me enjoa..."
Cuidados corporais	P 5: "sempre com auxílio, para tomar banho, sempre..." P8: "tomo banho, com ajuda da mãe..." P 9: "tomo banho, só com auxílio..." P13: "no momento estou precisando de ajuda para tomar banho..."

Quadro 4 - Necessidades Psicobiológicas  
Fonte:A autora, 2013

Neste estudo, os participantes relataram dor, mesmo quando medicados. Alguns relataram que não foram atendidos, quando solicitaram medicação à equipe de enfermagem. Durante as entrevistas, a avaliação da dor foi caracterizada pelo relato verbal e expressão facial dos pacientes.

Referente à nutrição, durante as entrevistas, a metade dos participantes apresentou queixas relacionadas aos horários das refeições e tipo de dieta oferecida pela instituição, estes questionamentos foram verificados nas falas dos participantes. Por outro lado, também relataram alterações no hábito alimentar, como a diminuição do apetite, após o diagnóstico do câncer.

Para os participantes, outra necessidade afetada em todos os depoimentos foi o sono e repouso, mediante queixas de dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo. A acomodação em macas durante o tempo de observação constituiu a principal queixa dos participantes em relação o distúrbio do sono e repouso.

Entre as necessidades afetadas, do total dos participantes, 14 apresentaram constipação intestinal. Em suas falas, os mesmos associaram a eliminação prejudicada ao uso das medicações utilizadas no alívio e controle da dor.

Náusea foi a queixa referida por dois participantes, que a descreveram como sensação desagradável de "mal estar no estômago" ligada aos efeitos do tratamento quimioterápico, medicações usadas para aliviar a dor e, também devida aos odores presentes no ambiente.

Neste estudo dois participantes relataram falta de ar e, dois apresentaram edema em membros inferiores. Com relação ao cuidado corporal, cinco participantes relataram a necessidade de auxílio para a realização da higiene devido a dor. Também uma participante relatou ter a sua sexualidade prejudicada, com limitações físicas, em decorrência da doença.

No que tange às necessidades psicossociais afetadas, destacam-se as subcategorias segurança, ansiedade, autoestima, entre outros. Os relatos dos participantes, no quadro 5, demonstram a expressão destes sentimentos.

SUBCATEGORIAS	RELATO DOS PARTICIPANTES
Segurança	P 01: "Eles não orientam, você está bem, está de alta, até a próxima..." P 07: "eles não dão medicação quando a gente pede, me sinto insegura aqui..." P19: "sei pouca coisa sobre a doença..." P 20: "ah, não tenho muito conhecimento, sei pouca coisa sobre a doença..."
Ansiedade	P 03: "aí tem as crianças em casa, que não sabem entender muito..." P 06: "ah, a gente fica nervosa, preocupada..."  P 07: "Sabe, aquele vazio..."
Atenção/suporte emocional	P 01: "as vezes a gente só quer uma atenção..." E 13: "o problema é que sou muito carente..."
Aceitação	P 01: "como fica a sua cabeça? É complicado..." P 07: "ah, uma tristeza porque você sabe que vai logo..." P 14: "ah, a vida mudou, a gente nunca espera..."
Auto estima/auto imagem	P 01: "Você sente deteriorando, antes eu tinha dentes, cabelos..." P 08: "eu era muito alegre, cheia de vida..." P 10: "mudou minha rotina, me sinto desanimado..."
Auto realização/ liberdade	P 02: "eu poderia estar trabalhando, mas tenho que ficar aqui..." P 07: "não trabalho mais, não faço mais nada..." P16: "dependo da esposa pra tudo..."
Lazer	P 04: "minhas caminhadas, todos os dias 40 minutos..." P 06: " eu gosto de lidar com a horta, com inchada..." P 09: "gostava de passear, viajar..."

Quadro 5 - Necessidades Psicossociais  
 Fonte: A autora, 2013

A sensação de incapacidade, insegurança e a incerteza quanto a recuperação foi mencionada por todos, outras questões abordadas foram a perda do controle sobre suas vidas após o adoecimento e ainda, auto- imagem alterada citada por uma participante do sexo feminino, que relatou sentir-se deteriorando, em função da perda de dentes e cabelos devido as transformações do corpo. A falta de lazer foi apontada por 12 participantes de ambos os sexos como necessidade afetada, referindo aborrecimento relacionado à hospitalização.

Quanto às necessidades espirituais, resultaram as subcategorias espiritualidade e religiosa. Os participantes mencionaram ter uma preferência religiosa e expressaram a necessidade do apoio espiritual no percurso da doença, conforme quadro 6.

SUBCATEGORIAS	RELATO DOS PARTICIPANTES
Religiosidade, espiritualidade e fé	P 03: "eu tenho que me apegar muito na fé, se não a gente se desespera..." P13: "gosto de estar na igreja, louvando..." P 15: "ah, ir pra igreja mesmo..." P 15: "a fé me dá forças para seguir em frente..."

Quadro 6 - Necessidades Psicoespirituais

Fonte: A autora, 2013

No âmbito das necessidades psicoespirituais, observou-se a partir dos relatos de quatro participantes, que a expressão da fé e da espiritualidade é muito pessoal, porém, todos relataram o apego a estes sentimentos, com a esperança de sobreviver ao câncer.

A necessidade do suporte religioso e espiritual, foi demonstrado nos relatos dos participantes, como a esperança de cura e formas de organizar a vida durante o processo da doença ocupando assim, um lugar de destaque na vida destes pacientes.

## 5 DISCUSSÃO

O capítulo destinado à discussão, apresentado em tópicos, de acordo com a sequência dos resultados obtidos: características sociodemográficas, ocorrência e tempo de diagnóstico do câncer e, necessidades humanas básicas afetadas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A faixa etária tem sido considerada um fator de risco para diversos tipos de cânceres. Esta condição se deve à distribuição dos diferentes tipos de câncer, uma transição epidemiológica em andamento e, ao envelhecimento da população, identificando um aumento expressivo na prevalência do câncer (BRASIL, 2011). Por outro lado, se for considerado que essa faixa de idade dos participantes acometidos pelo câncer, corresponde a um período de vida ainda produtiva, pode-se inferir que há uma grande mudança no aspecto social, para os indivíduos acometidos pelo câncer e, também é impactante economicamente para a sociedade.

Com relação ao sexo, observou-se a maior prevalência no sexo feminino. Um estudo realizado por Rodrigues (2010), sobre a caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista, também apontou a prevalência da doença, 66.1% no sexo feminino. As estimativas para os anos de 2012 e 2013, apontaram crescente número de novos casos de câncer em mulheres, superior aos novos casos na população masculina (BRASIL, 2011), dados que corroboram os resultados deste estudo, onde o maior percentual dos participantes eram do sexo feminino.

Certos tipos de câncer ocorrem em apenas um sexo, devido a diferenças anatômicas, como próstata e colo do útero, enquanto outros ocorrem em ambos os sexos, mas com taxas diferentes entre um sexo e outro, como o câncer da bexiga, que acomete muito mais o homem do que a mulher e, o da mama mais frequente na mulher que no homem (BRASIL, 2011).

Outra característica que se observou, foi em relação ao estado civil dos participantes, no qual a maioria era casada. Os dados obtidos estão em conformidade com estudo realizado por Fernandes (2010), sobre qualidade de vida em mulheres com

câncer do colo do útero, onde destacou-se que a maioria das mulheres vivia com o cônjuge. Outro estudo, sobre a caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata desenvolvido por Gonçalves (2008), também mostrou que 80% dos homens entrevistados eram casados. Neste sentido, o apoio da família configura-se como um facilitador que auxilia no enfrentamento da situação de adoecimento. Em relação ao número de filhos houve uma variação entre um a quatro filhos e, uma participante informou ter 11 filhos.

O grau de instrução, a ocupação e a renda familiar dos participantes, foram relacionados ao fator de risco sócio econômico para a incidência do câncer (BRASIL, 2011). A pouca escolaridade pode ter influenciado na busca de conhecimento e medidas de prevenção do câncer, dificultando o diagnóstico precoce e êxito no tratamento da doença. No que tange à ocupação, identificou-se que os mesmos desempenhavam funções diversas, mas a maioria correspondente à escolaridade, tendo influência na renda obtida para a manutenção de suas necessidades.

Os dados do estudo chamam atenção para a desigualdade social, constituindo um problema socioeconômico, pois a renda tem impacto direto na saúde do ser humano, como as condições de moradia, alimentação e lazer. Em pesquisa, sobre avaliação de conhecimentos acerca da doença neoplásica e práticas de cuidado com a saúde, realizado por Herr (2013), evidenciou-se que 65,4% dos participantes eram de nível sócioeconômico médio ou baixo, possuindo renda de um a dois salários mínimos, vindo ao encontro dos dados deste estudo.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, informaram que o Brasil ocupa uma posição desfavorável quanto à distribuição de renda em comparação a outros países, apesar de estar entre os países de renda per capita média (IBGE, 2010).

Quanto à religiosidade, Aquino e Zago (2007), ao estudarem o significado das crenças religiosas em pacientes neoplásicos, verificaram a importância da religião relacionada à expectativa por uma segunda chance, servindo de apoio no enfrentamento da doença, pois o poder atribuído ao divino possibilita a satisfação das necessidades que fogem do controle do ser humano.

## 5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER

O câncer de mama, é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo, sendo a primeira causa de morte. A sobrevida média após cinco anos é de 61% (BRASIL, 2011). Neste estudo duas mulheres, com 44 anos e 59 anos respectivamente, apresentaram diagnóstico de câncer de mama. A idade continua sendo o principal fator de risco, é raro antes dos 35 anos e, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente até os 50 anos (BRASIL, 2011).

Quanto ao câncer do colo do útero, também é chamado de cervical, sua incidência manifesta-se a partir de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir a faixa etária entre 50 e 60 anos. É o segundo tumor mais frequente e, a quarta causa de morte em mulheres (BRASIL, 2011). As duas participantes deste estudo estavam incluídas na faixa etária com risco para a doença, conforme a estimativa do Instituto Nacional do Câncer(INCA) (BRASIL, 2011).

Pouco frequente, o câncer de ovário é o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e o de menor chance de cura. A prevenção desse tipo de neoplasia é limitada pelo conhecimento de suas causas, além da falta de disponibilidade de técnicas para diagnósticos precoces. Cerca de três quartos dos cânceres desse órgão apresentam-se em fase avançada no momento do diagnóstico (BRASIL, 2011).

Específico para o sexo masculino, dados do INCA, apontam o câncer de próstata como o mais prevalente (BRASIL, 2011). Porém, neste estudo, foi evidenciado somente um caso de câncer de próstata, sendo que o tipo de câncer mais incidente no sexo masculino foi a leucemia, com dois casos.

Os tipos mais incidentes de câncer, à exceção de pele não melanoma, são os de próstata e pulmão no sexo masculino. Esta estimativa tem a mesma magnitude no Brasil e mundialmente (BRASIL, 2012). As taxas de mortalidade chegam a ser 2,5 vezes maiores nos países em desenvolvimento e, a sobrevida média mundial, em 58% dos casos, é de cinco anos (WHO, 2008).

Quanto à idade, mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. (BRASIL, 2011).

A maioria dos casos de câncer de bexiga e, também o maior número de óbitos, acomete o sexo masculino, não configurando grande incidência em mulheres. Neste

estudo apenas um participante, do sexo masculino, apresentou câncer de bexiga, confirmando as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, que também aponta para o ano de 2012, a incidência de 6.210 novos casos da doença em homens e, 2.610 entre as mulheres.

Também denominado câncer gástrico, os tumores do estômago têm maior incidência em homens, por volta dos 70 anos de idade. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. Dados estatísticos revelam declínio da incidência em diferentes países, incluindo o Brasil. Mesmo assim, o câncer de estômago não possui bom prognóstico, sendo a razão mortalidade/incidência considerada alta e, sua sobrevida relativa em cinco anos, considerada baixa (BRASIL, 2011).

Duas participantes apresentaram câncer de estômago, contrariando as estimativas do INCA, na qual a incidência deste tipo de câncer é duas vezes mais alta no sexo masculino do que no feminino (BRASIL, 2011).

Neste estudo, evidenciou-se apenas um caso de câncer de intestino, no sexo feminino, com 34 anos de idade, contrariando os dados do INCA, que apontam o aumento da idade como fator de risco para a incidência e mortalidade da doença, como também o maior número de casos, na maioria das populações, acomete o sexo masculino.

O câncer de intestino, é tratável e, na maioria dos casos é curável, se detectado precocemente. A sobrevida média global em 5 anos se encontra em torno de 40% nos países em desenvolvimento. Fatores endógenos e ambientais são causadores da doença e, entre eles a dieta é o mais notável (BRASIL, 2011).

Quanto ao câncer de pâncreas, por ser de difícil detecção e altamente agressivo, apresenta alta taxa de mortalidade. No estudo dois participantes, um do sexo masculino e, um do sexo feminino, apresentaram a doença. As idades foram 49 e 51 anos respectivamente, indo ao encontro às estimativas do INCA, onde a epidemiologia da doença aponta a maior incidência com o avanço da idade, sendo mais comum após os 60 anos e, raro antes dos 30 anos de idade. Com relação ao sexo, há um discreto predomínio da patologia em homens do que em mulheres (BRASIL, 2011).

Para o Brasil, em 2012, estimam-se 4.570 casos novos de leucemias em homens e, 3.940 em mulheres. A leucemia é uma doença que se origina a partir da série branca do sangue e, as causas para o seu desenvolvimento ainda não são bem conhecidas. As

diferenças no acesso ao tratamento, levam a uma considerável variação entre populações com relação à sobrevida (BRASIL, 2011).

Os linfomas são neoplasias malignas, originárias nos linfonodos. Sua causa é desconhecida, embora exista uma associação com a função imune alterada. Por razões ainda desconhecidas, o número de casos duplicou nos últimos 25 anos e, como a maioria dos cânceres, o risco para o desenvolvimento do linfoma não hodgkin aumenta com a idade e, os homens têm um risco duas vezes maior do que as mulheres. (BRASIL, 2011).

O mieloma múltiplo é a segunda neoplasia hematológica mais frequente, embora há poucos registros sobre a sua incidência na América Latina. Geralmente ocorre em pessoas com mais de 40 anos e representa 0,8% dos casos de câncer no mundo, 102 mil novos casos (BRASIL, 2011).

### 5.3 TEMPO DE DIAGNÓSTICO, SEGUNDO SEXO E TIPO DE CÂNCER

Conforme resultados do estudo, pacientes do sexo feminino apresentaram maior tempo de diagnóstico em relação ao câncer de mama e colo do útero (6,5 anos e 8,5 anos respectivamente). No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em fase avançada. Quanto ao câncer do colo do útero, há demora de muitos anos para se desenvolver, sendo que as alterações celulares podem ser detectadas através do exame preventivo (Papanicolau), aumentando as chances de cura da doença (BRASIL, 2011). Também para o sexo feminino, os demais tipos de câncer apresentados, apontam tempo de diagnóstico entre 1 mês e 4 anos.

Quanto ao sexo masculino, o tempo de diagnóstico apresentado para os tipos de câncer, variou entre 1 ano e 3 anos, sendo o maior tempo da descoberta da doença para o mieloma múltiplo e o câncer de bexiga com 3 anos, seguido pelo câncer de próstata com 2 anos de diagnóstico.

A dosagem do marcador tumoral *Prostate Specific Antigen* (PSA), associada a outras várias ações, são essenciais para o diagnóstico precoce do câncer de próstata (BRASIL, 2011). Assim, este tipo de câncer pode ser considerado de bom prognóstico se detectado e tratado oportunamente, diminuindo a mortalidade no sexo masculino.

De modo geral, sabe-se que, quanto antes o câncer for detectado e tratado, mais efetivo o tratamento tende a ser, maior a possibilidade de cura e melhor será a qualidade de vida do paciente.

O diagnóstico precoce é realizado com o objetivo de descobrir o mais cedo possível uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. A exposição a fatores de risco é umas das condições a que se deve estar atento na suspeita de um câncer, principalmente quando o paciente convive com tais fatores (BRASIL, 2011).

#### 5.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS

A dor oncológica foi uma queixa preponderante neste estudo e foi relatada mesmo com o uso de medicação. Alguns participantes afirmaram que não foram medicados, quando queixaram-se de dor à equipe de enfermagem.

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva, sendo o relato de quem a experimenta o único meio de conhecê-la (ALVES, 2011). Muitas vezes a dor persiste porque a causa não foi detectada, a medicação administrada não foi suficiente ou há presença de fatores que influenciam na sensação dolorosa, como medo, angústia, preocupações.

Comparada a um alarme, a dor indica que algo não está bem no organismo. Atualmente é considerada o quinto sinal vital, devendo ser avaliado e registrado como os demais sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (MORAES, 2009).

A dor acomete 60 a 80% dos pacientes com câncer, sendo que 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e, 70 a 90% com doença avançada, classificam a dor como moderada a grave (RANGEL, 2012).

A avaliação da dor não pode ser subestimada, pois fatores importantes podem ser ignorados. Para MORAES (2009) deve ser realizada periodicamente e, de forma detalhada quanto a intensidade, duração, características físicas e fatores desencadeantes, para que a terapêutica empregada proporcione alívio completo da dor.

Referente à nutrição, os participantes queixaram-se dos horários das refeições e tipo de dieta oferecida pela instituição. A inclusão ou exclusão de alimentos na dieta elaborada pela instituição, muitas vezes não agrada o paciente que já tem um padrão

alimentar prejudicado definido pelas suas crenças e valores, dificultando a mudança destes hábitos. Por outro lado, pacientes relataram alterações na dieta alimentar, após o diagnóstico do câncer. Para Rosa (2007) a valorização do ato alimentar visa auxílio para o equilíbrio do corpo e a cura para a doença. Também relataram falta de apetite que pode estar associada ao tratamento realizado, à terapia medicamentosa e, à própria doença.

A desnutrição em pacientes com câncer é muito frequente. Fatores como a diminuição do apetite, dificuldade para mastigar e engolir os alimentos e hábitos alimentares inadequados, contribuem para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Assim, o estado nutricional é muito importante para a recuperação dos pacientes com câncer. Fatores como hábitos alimentares, apetite, intolerância, deglutição e digestão, devem ser avaliados pelo enfermeiro, como também a necessidade de auxílio ou orientação para a realização das refeições, visando suprir o aporte nutricional ao paciente.

Quanto ao sono e repouso, todos participantes relataram dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo. A hospitalização causa interrupção na rotina de vida dos pacientes. Associado a este fator, a infraestrutura do PA adulto não dispõe de camas para os pacientes em observação, assim ficam acomodados em macas, sendo este um fator que interfere diretamente no sono e repouso dos mesmos.

Outras condições relacionadas a esta necessidade, são os ruídos presentes, o excesso de luz artificial e conversa em tom elevado, pois em se tratando de um serviço de emergência, o fluxo de pessoas que fazem parte da equipe multiprofissional é grande e constante, durante os períodos diurno e noturno (BORDINHÃO, 2010).

Entre as necessidades afetadas, os participantes apresentaram constipação intestinal e náusea. Em suas falas, os mesmos associaram a eliminação prejudicada e os enjôos, ao uso das medicações utilizadas no alívio e controle da dor e ao tratamento do câncer. Além disto, a mudança de ambiente e dos hábitos alimentares, bem como a preocupação com a doença, são fatores que interferem na regulação intestinal.

A falta de ar relatada por duas participantes, pode ser causada pela neoplasia de base infecções respiratórias ou metástase pulmonar, entre outros fatores. A oxigenação é considerada importante cuidado de enfermagem para manter permeáveis as vias aéreas do paciente. A dispnéia caracteriza-se pela dificuldade de respirar, sua prevalência é de 55% nos pacientes com câncer, aumentando com a gravidade da doença (MORAES, 2009).

Observou-se a regulação vascular prejudicada em dois participantes que apresentaram edema em membros inferiores. Através da regulação vascular o sangue transporta nutrientes para os tecidos e remove as substâncias desnecessárias, mantendo assim o equilíbrio e a sobrevivência do organismo.

Com relação ao cuidado corporal, participantes relataram a necessidade de auxílio da equipe de enfermagem ou da família, para a realização da higiene. Sinais e sintomas como a dor, náusea, fraqueza, receio de queda, entre outros, acarretam ao paciente certo grau de dependência, ficando os mesmos sem condições para o autocuidado.

A sexualidade prejudicada foi relatada por uma participante devido as limitações físicas provocadas pela doença e tratamento. O adoecimento pelo câncer de mama e os efeitos colaterais advindos do tratamento interferem negativamente na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher (SANTOS, 2011). A sexualidade não é somente a necessidade de consumir o relacionamento sexual, mas também de integrar aspectos emocionais, intelectuais e sociais (BORDINHÃO, 2010).

A alteração da imagem corporal está ligada à sexualidade, causando aos pacientes comprometimento psicológico além do físico, configurando-se em necessidade básica afetada. A sexualidade é um universo subjetivo, muito difícil de ser exposto pelos pacientes e, abordado pela equipe de enfermagem. Por isto é importante que a equipe de enfermagem sempre considere as crenças e os valores de cada um, ao abordar este tema, para a efetivação do cuidado.

O ambiente no qual o paciente permanece durante a realização do tratamento, interfere diretamente na sua recuperação. O mesmo deve ser livre de agentes agressores, visando preservar a integridade psicobiológica do paciente. O enfermeiro deve avaliar riscos de quedas e ferimentos, bem como o comportamento em busca de agitação (BORDINHÃO, 2010).

A auto imagem é o conceito que o paciente faz de si mesmo com relação ao seu corpo e, pode configurar-se como uma necessidade humana afetada. Pacientes portadores de câncer podem apresentar diferentes reações na maneira como percebem a sua imagem corporal, decorrentes da doença e dos diversos tipos de tratamentos. O conceito de imagem corporal é a figura mental do corpo humano e, o modo pelo qual é apresentado ao outro, sendo referência do homem a si mesmo e ao mundo (BITTENCOURT *et al.*, 2009)

O déficit de lazer foi apontado pelos participantes de ambos os sexos como necessidade afetada. Estes referiram aborrecimento relacionado à hospitalização e, muitas vezes à restrição ao quarto, o que interfere na sua atividade de lazer.

O paciente, ao entrar em um ambiente como o da emergência, se depara com o sofrimento da perda do vínculo com a família e o amigos. A exposição a diversas situações afetam o seu estado emocional, causando sentimentos como ansiedade e insegurança. Os participantes deste estudo relataram sensação de incapacidade, com perda de controle sobre suas vidas. A incerteza da recuperação e o medo da morte, tornam o paciente vulnerável, podendo causar estresse.

Para o paciente com câncer, a necessidade de segurança afetada, pode estar presente em qualquer situação, seja no diagnóstico, tratamento ou na presença de sinais e sintomas que interferem em seu bem estar. Estas circunstâncias envolvem o cuidado da enfermagem em relação às suas expectativas e anseios, proporcionado alívio em suas apreensões.

No âmbito das necessidades psicoespirituais, observou-se a partir dos relatos dos participantes, que a expressão da fé e da espiritualidade é muito pessoal, porém, todos fizeram relação com a esperança de sobreviver ao câncer, onde a doença amedronta e, a fé renova.

Os termos espiritualidade e religião estão relacionados, mas apresentam características diferentes. A espiritualidade é mais ampla e pessoal, relacionada à valores íntimos, dando sentido à vida, independente da religião (GUERRERO, 2011).

Para Costa (2009) a espiritualidade é uma construção da personalidade de cada indivíduo, que expressa sua identidade e sua história pessoal. Também para a mesma autora, a fé em Deus é um sentimento presente na cultura do ser humano, constituindo uma maneira construtiva de pensar.

## **6 PROTOCOLOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR NO CUIDADO AO PACIENTE NEOPLÁSICO**

Os resultados obtidos após a identificação das principais necessidades afetadas nos pacientes com câncer, propiciaram a consecução do segundo objetivo deste estudo que foi a elaboração de protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao paciente neoplásico.

Protocolo é um instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos técnico-científicos do trabalho em saúde, conforme cada realidade (COREN-MG, 2006).

Para Werneck (2009) o protocolo clínico caracteriza-se como um instrumento de documentação para os cuidados prestados e, facilitador da comunicação. Permite a avaliação contínua e o acompanhamento do progresso apresentado pelo paciente em busca das metas pré-estabelecidas. Assim, os protocolos direcionam os cuidados, objetivando uma melhoria na qualidade da assistência ao paciente. Proporcionando também a realização de um cuidado cada vez mais humanizado ao paciente (HONÓRIO, 2009).

O enfermeiro é responsável por proporcionar aos pacientes com câncer, orientações com ênfase nas suas reais necessidades básicas. As orientações sobre os cuidados devem ser específicas e, realizadas de forma clara e objetiva, visando otimizar o preparo destes pacientes, a fim de assegurar a continuidade do tratamento no contexto domiciliar.

Assim, na sequência foram elaborados dez protocolos de orientação para alta hospitalar, para as principais queixas e necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas nos pacientes internados ou em observação no PA adulto.

Os responsáveis para a operacionalização dos protocolos são os enfermeiros do serviço, que atuam no cuidado direto à estes pacientes. Como guia, para a abordagem dos pacientes no momento das orientações, os protocolos devem ser utilizados juntamente com o POP nº 5 de alta hospitalar, que contém informações gerais padronizadas pela instituição (ANEXO 3).

As atribuições do enfermeiro para acompanhar as demandas de necessidades dos pacientes e aplicar os protocolos de orientação são:

- realizar avaliação de enfermagem, mediante exame físico e escuta ativa do paciente;

- proporcionar ambiente tranquilo durante a realização das orientações, para que o mesmo possa apreender as informações de forma segura;

- identificar as principais necessidades do paciente durante a avaliação de enfermagem, para reconhecer o protocolo a ser utilizado;

- realizar as orientações, por meio da aplicação do protocolo proposto;

- usar termos de fácil entendimento, esclarecendo suas dúvidas;

- acolher o paciente nas suas necessidades, direcionando-o ao contato com a equipe multiprofissional.

## 6.1 PROTOCOLO 1 – NÁUSEA

Náusea é uma sensação desagradável que ocorre na parte gastrointestinal alta que pode ou não estar associada com vômito (MORAES, 2009). Este sintoma está presente em 40 a 50% dos pacientes, sua causa está relacionada às complicações da doença de base como compressão gástrica pelo tumor, obstrução intestinal e, tratamentos como a quimioterapia e radioterapia (MORAES, 2009).

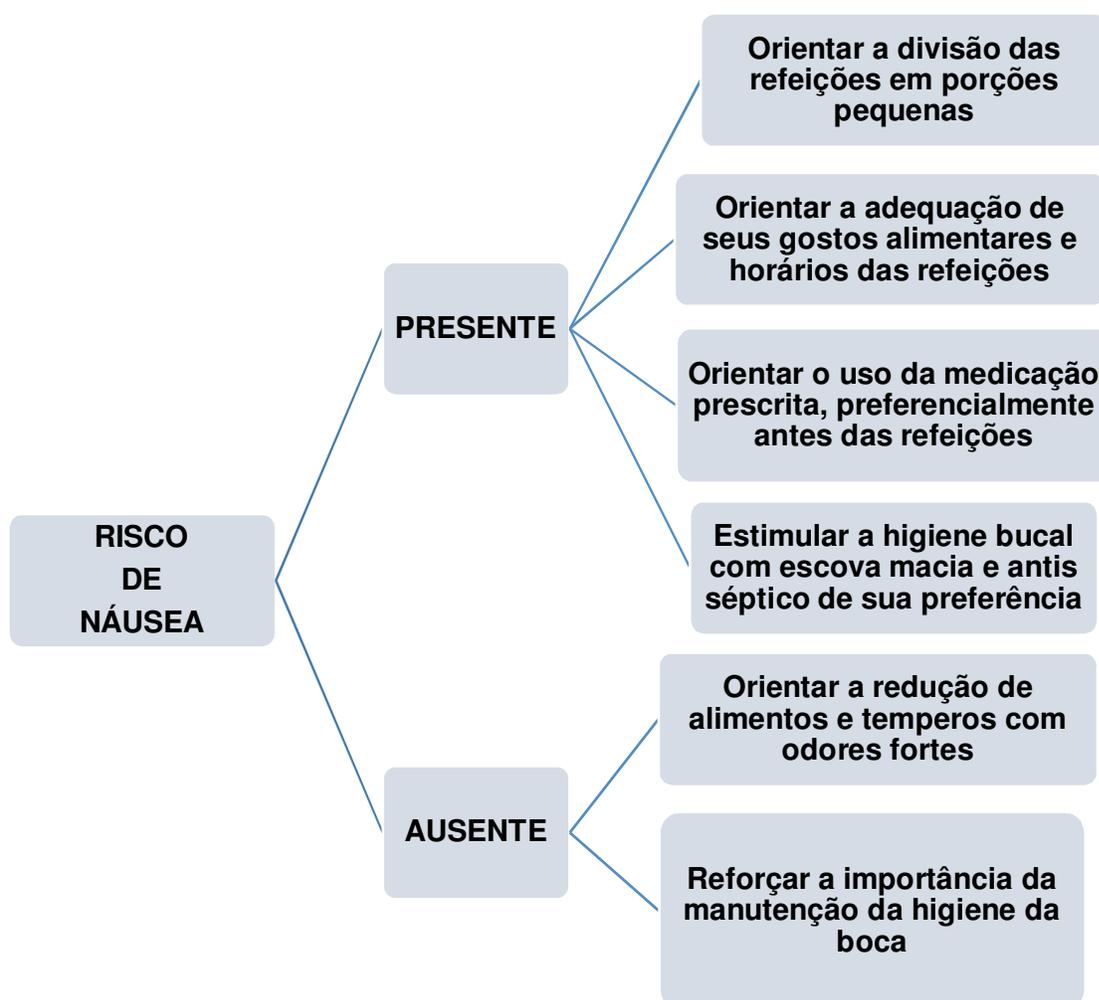


Figura 1 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: náusea  
Fonte: A autora, 2013

## 6.2 PROTOCOLO 2 – DOR ONCOLÓGICA

De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, é fator determinante de sofrimento, relacionado à doença e à expectativa da morte (RANGEL, 2012). A dor é variável entre os indivíduos e, está associada as condições físicas, culturais e sociais. O seu limiar é definido no momento em que o estímulo é reconhecido como doloroso (SILVA et al, 2009).

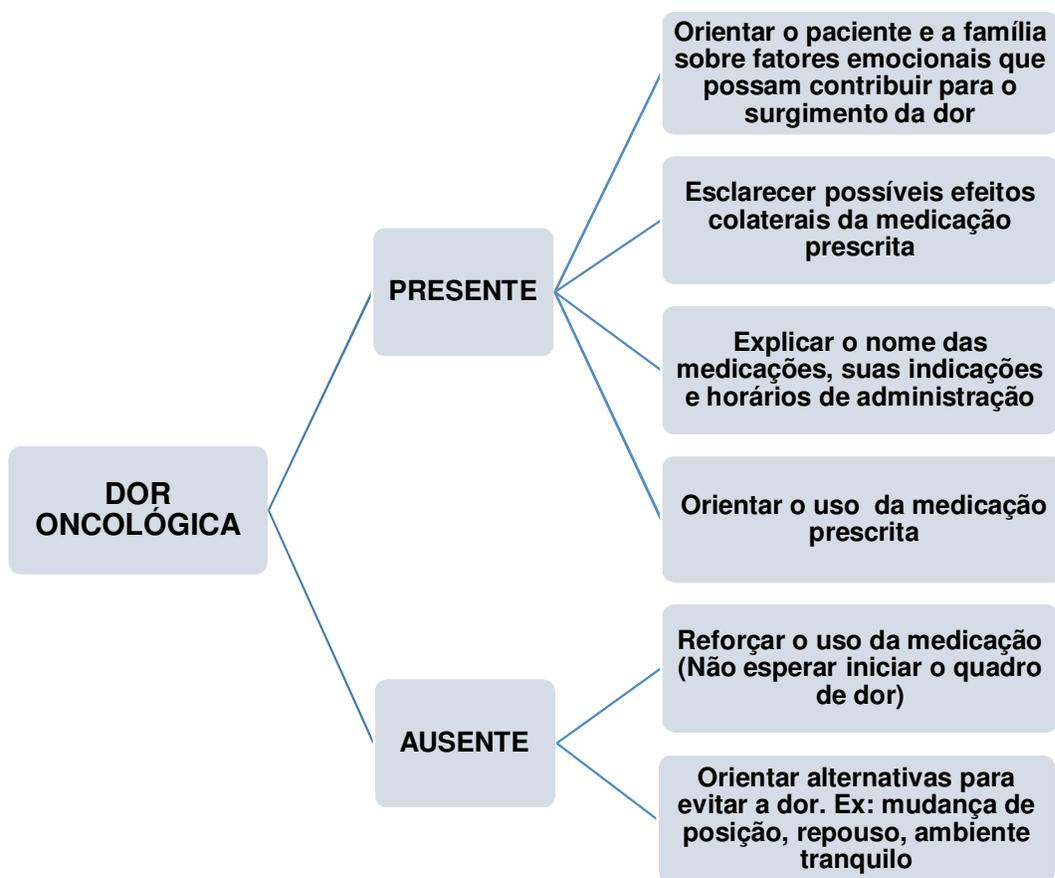


Figura 2 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dor oncológica  
Fonte: A autora, 2013

### 6.3 PROTOCOLO 3 - CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

A constipação intestinal é um sintoma frequente, sua prevalência está associada ao uso de opióides. Suas causas também podem estar associadas a obstrução intestinal, lesão neurológica, dieta pobre em fibras, falta de atividade física entre outras (MORAES, 2009). Fatores psicológicos como tensão emocional e depressão também constituem risco para constipação (SILVA, et al., 2009).

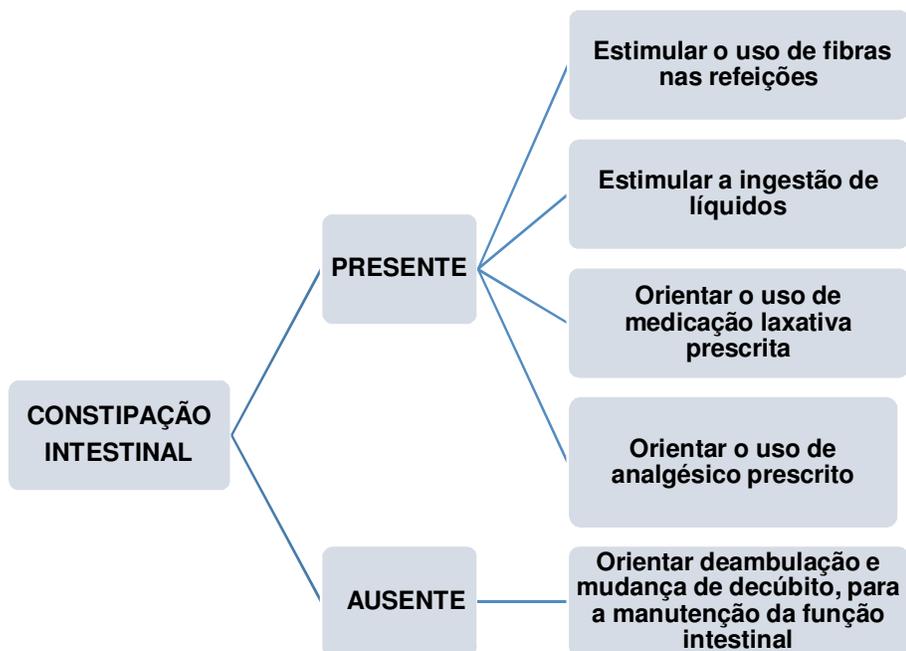


Figura 3 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: constipação intestinal  
Fonte: A autora, 2013

## 6.4 PROTOCOLO 4 - DISTÚRBIO DO SONO E REPOUSO

O sono é uma necessidade humana básica e precisamos dele para uma vida mais saudável. É durante o sono que o nosso corpo se recupera dos desgastes do dia, e é quando o nosso cérebro classifica e armazena as memórias. Ocorre em 29% a 59% dos pacientes com câncer. Pode ser causado por fatores psicológicos como ansiedade e medo e, fisiológicos como dor, febre, falta de ar, entre outros. Ambiente com ruídos e iluminação excessiva, também interferem na qualidade do sono (SILVA et al., 2009).

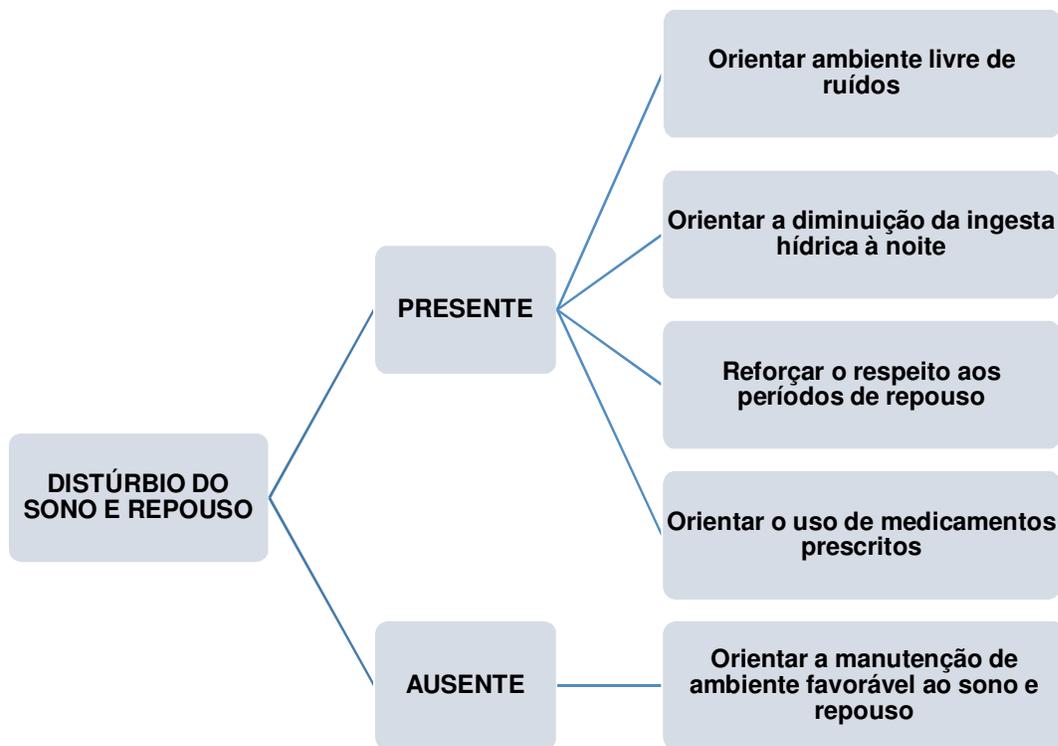


Figura 4 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: distúrbio do sono e repouso  
Fonte: A autora, 2013

## 6.5 PROTOCOLO 5 - DISPNEIA

É caracterizada pela dificuldade de respirar, o paciente apresenta uma sensação de falta de ar. O grau da dispnéia pode não estar diretamente relacionado a severidade do quadro clínico, geralmente tem origem multifatorial (MORAES, 2009).

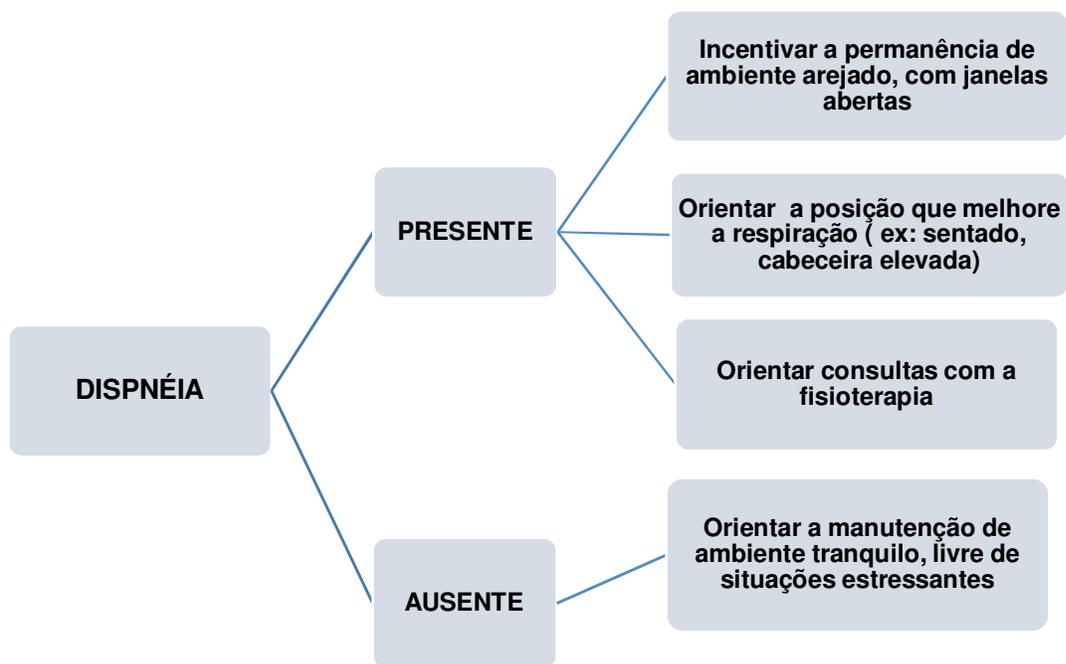


Figura 5 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dispnéia  
Fonte: A autora, 2013

## 6.6 PROTOCOLO 6 – FALTA DE APETITE

Pode ser definida pela diminuição na ingestão de alimentos, ocorre em 65% a 85% dos pacientes e, contribui para o desenvolvimento da caquexia (MORAES, 2009). A incapacidade para ingerir, digerir ou absorver nutrientes pode ser causada por fatores biológicos e emocionais (SILVA et al., 2009).

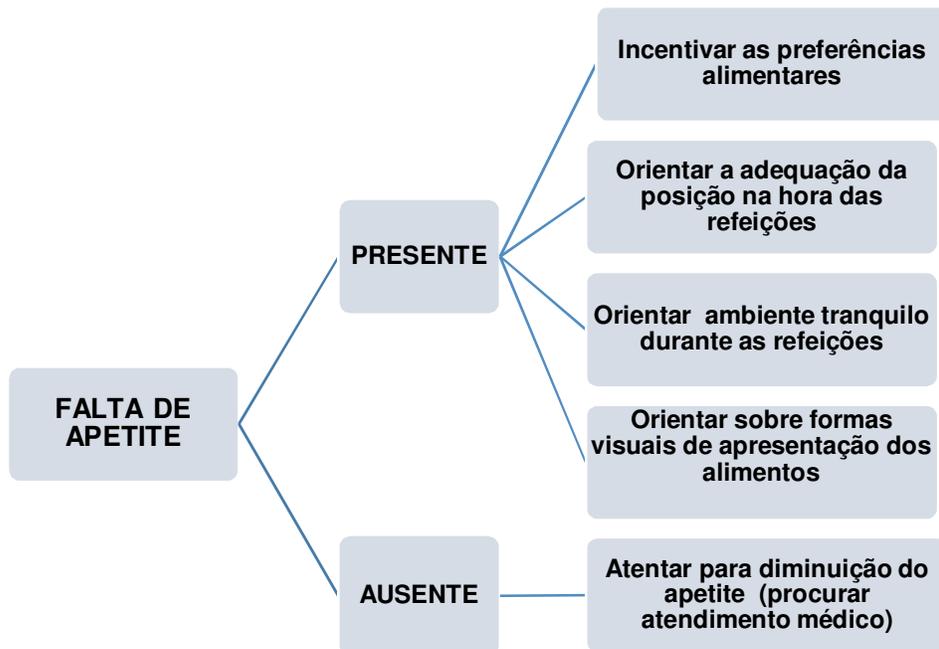


Figura 6 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: falta de apetite  
Fonte: A autora, 2013

## 6.7 PROTOCOLO 7 - DIFICULDADE PARA REALIZAR CUIDADOS CORPORAIS

Capacidade para realizar, por si mesmo ou com o auxílio de outros, atividades de higiene pessoal, de vestir-se e arrumar-se (BORDINHÃO, 2010).

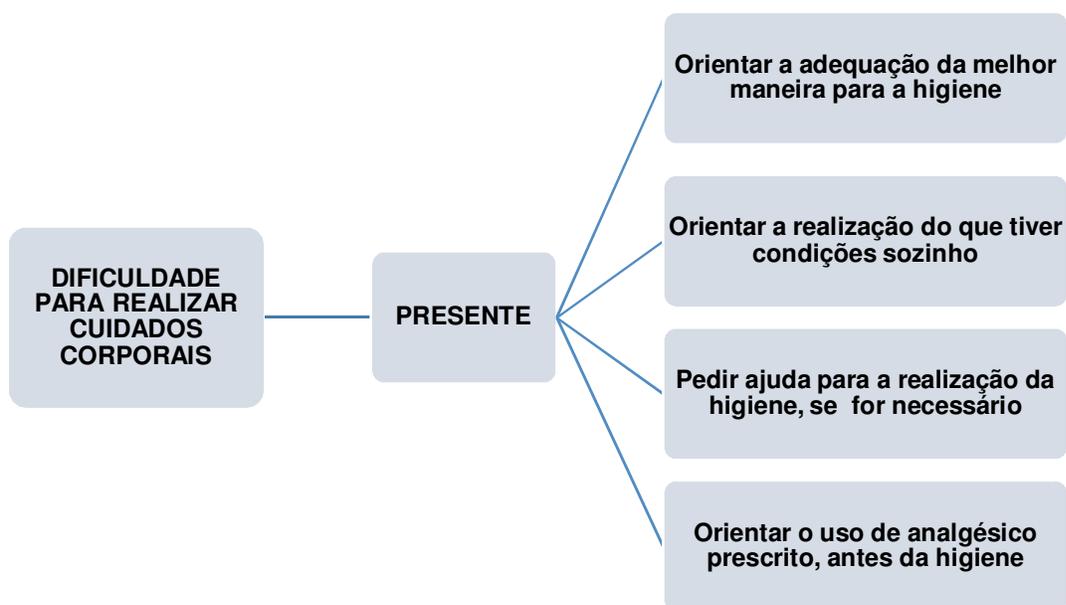


Figura 7 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicobiológica: dificuldade para realizar cuidados corporais  
Fonte: A autora, 2013

## 6.8 PROTOCOLO 8 - ANSIEDADE E ANGÚSTIA

Sintomas comuns em pacientes com câncer, podem interferir na autoestima, causar transtornos no sono e, alterações no apetite. As causas podem estar relacionadas à dor e ao estresse (SILVA et al., 2009).

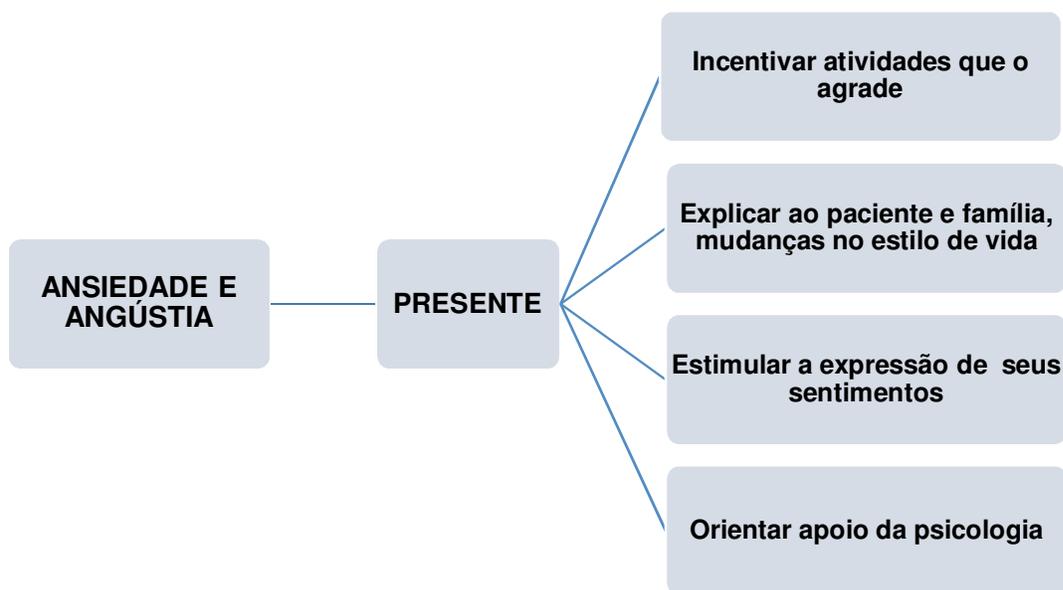


Figura 8 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicossocial: ansiedade e angústia  
Fonte: A autora, 2013

## 6.9 PROTOCOLO 9 – LAZER

É a necessidade do indivíduo de utilizar a criatividade para distrair-se e divertir-se e, interagir com outras pessoas e realizar trocas sociais (BORDINHÃO, 2010).

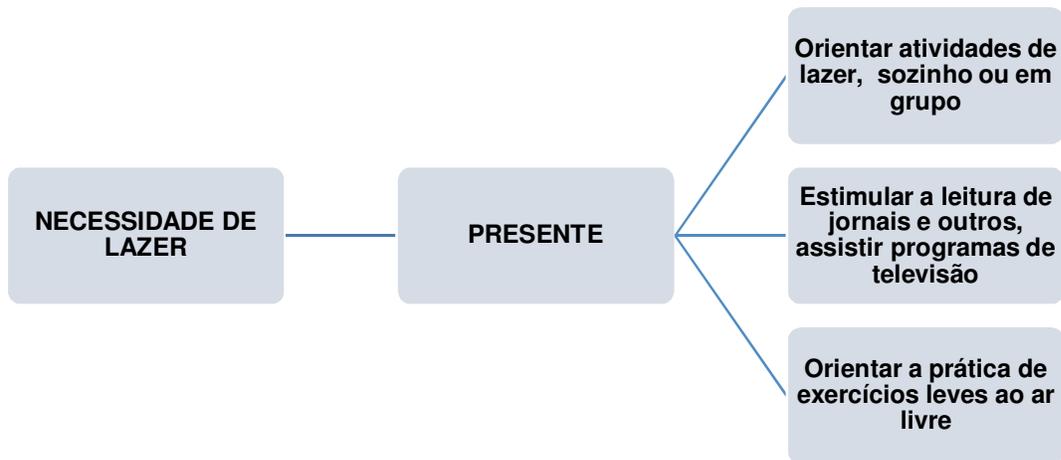


Figura 9 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicossocial: necessidade de lazer  
Fonte: A autora, 2013

## 6.10 PROTOCOLO 10 – ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade envolve significados individuais, coletivos e valores humanos. Pode ser compreendida como o propósito da vida do indivíduo, aquilo que o move para adiante, é uma busca contínua de respostas para grandes questões, como o significado da existência humana (MORAES, 2009).

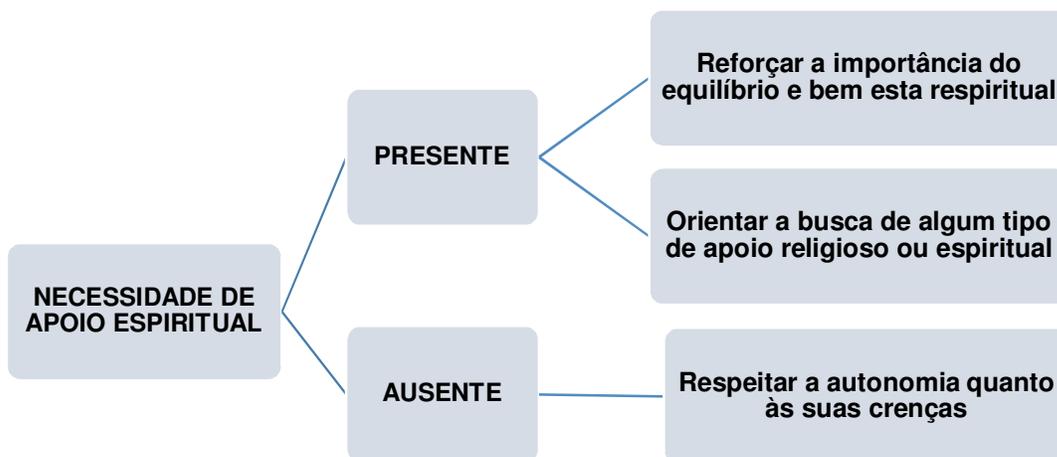


Figura 10 - Algoritmo - Necessidade Humana Psicoespiritual: necessidade de apoio espiritual  
Fonte: A autora, 2013

## **7 CUIDADOS GERAIS PARA O DOMICÍLIO**

Após a construção dos protocolos, elaborou-se o folder de cuidados gerais para o domicílio, com o objetivo de esclarecer dúvidas, mediante orientações sobre várias situações que o paciente possa vivenciar no seu dia a dia. O mesmo foi estruturado a partir da demanda das necessidades apresentadas durante o período de internação. Contém uma linguagem clara e detalhada, para facilitar o entendimento e incentivar a adesão dos mesmos aos cuidados orientados.

## 7.2 FOLDER DE ORIENTAÇÕES PARA AS PRINCIPAIS NECESSIDADES AFETADAS

<p><b>Falta de sono</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faça pequenas refeições várias vezes ao dia e coma devagar;</li> <li>- Evite alimentos gordurosos;</li> <li>- Coma frutas e verduras todos os dias;</li> <li>- Evite o consumo de bebidas açucaradas;</li> <li>- Faça suas refeições em local tranquilo e agradável;</li> </ul> <p><b>IMPORTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coma o que gosta (sem exageros);</li> <li>- Faça suas refeições junto com familiares e amigos;</li> </ul> <p><b>Notas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coma em pequenas porções e mastigue bem os alimentos;</li> <li>- Evite alimentos e temperos com cheiro muito forte, picantes e frios;</li> <li>- Prefira alimentos leves como sopas, purês, peixes, legumes, etc.;</li> <li>- Evite tomar líquidos durante as refeições;</li> </ul> <p><b>IMPORTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evite cozinhar, se puder peça que alguém cozinhe para você;</li> </ul> <p><b>Com o sono instável (insustentável)</b></p> <p>Se você tem insônia preta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faça as refeições em horários regulares, para melhorar o funcionamento do intestino;</li> <li>- Coma alimentos ricos em fibras (ex: verduras, aveia, feijão, milho, arroz, etc.);</li> <li>- Tome líquidos durante o dia. Ex: chá, suco, água;</li> <li>- Faça pequenas caminhadas, para melhorar o funcionamento do intestino (dentro de suas possibilidades);</li> </ul> <p><b>Sono e Raposo</b></p> <p>O sono é recuperado durante o surtamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabeleça horários fixos para dormir e acordar;</li> <li>- Evite alimentos com cafeína, gordurados e com tempo de digestão longo;</li> <li>- Evite tomar líquidos à noite;</li> <li>- Tome um banho morno antes de dormir;</li> <li>- Evite dormir com o ar condicionado ligado;</li> </ul> <p><b>Dor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evite sentir dor;</li> <li>- Tome a medicação nos horários prescritos pelo médico;</li> <li>- Use sempre a dose certa da medicação;</li> </ul>	<p>- Procurar posições confortáveis/estabelecer ou adaptar que ajudem a aliviar a dor.</p> <p><b>Dispositivos (tela de ar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir falta de ar;</li> <li>- Procurar ficar sentado ou deitado com a cabeceira da cama elevada;</li> <li>- Abra as janelas para a arjar o ambiente;</li> <li>- Procurar ficar em ambiente arejado;</li> <li>- Não fique sozinho, peça ajuda à família;</li> </ul> <p><b>Cuidados corporais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A higiene pessoal é importante para seu tratamento;</li> <li>- Procurar fazer a sua higiene sozinho, peça ajuda se não conseguir fazer sozinho;</li> <li>- Realizar a higiene da boca, especialmente após as refeições e antes de dormir, de acordo com seus hábitos;</li> </ul> <p><b>Atividade e mobilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não fique sozinho, procure a companhia da família e amigos;</li> <li>- Procurar fazer com a família e amigos, sobre suas possibilidades e meios;</li> <li>- Terre distração com leitura, passeios, etc</li> </ul> <p><b>Lazer</b></p> <p>O lazer é muito importante, ajudando no tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar a companhia da família e amigos para conversar;</li> <li>- Fazer programas de lazer (assistir de televisão, ouvir música, ler livros, jogos e outras atividades de lazer);</li> </ul> <p><b>Expirações</b></p> <p>A espiral ajuda no equilíbrio do corpo e da mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir necessidade de apoio espiritual, converse com a família e amigos;</li> <li>- Procurar apoio religioso e espiritual, de acordo com sua crença;</li> </ul> <p><b>Orientação aos familiares</b></p> <p>Sua participação é muito importante para o cuidado do seu familiar, portanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar estar sempre próximo a ele, dando o apoio necessário;</li> <li>- Proporcionar um ambiente tranquilo e agradável;</li> <li>- Evitar situações de estresse emocional, que possam agravar sua saúde;</li> </ul>	<p>- Procurar posições confortáveis/estabelecer ou adaptar que ajudem a aliviar a dor.</p> <p><b>Dispositivos (tela de ar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir falta de ar;</li> <li>- Procurar ficar sentado ou deitado com a cabeceira da cama elevada;</li> <li>- Abra as janelas para a arjar o ambiente;</li> <li>- Procurar ficar em ambiente arejado;</li> <li>- Não fique sozinho, peça ajuda à família;</li> </ul> <p><b>Cuidados corporais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A higiene pessoal é importante para seu tratamento;</li> <li>- Procurar fazer a sua higiene sozinho, peça ajuda se não conseguir fazer sozinho;</li> <li>- Realizar a higiene da boca, especialmente após as refeições e antes de dormir, de acordo com seus hábitos;</li> </ul> <p><b>Atividade e mobilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não fique sozinho, procure a companhia da família e amigos;</li> <li>- Procurar fazer com a família e amigos, sobre suas possibilidades e meios;</li> <li>- Terre distração com leitura, passeios, etc</li> </ul> <p><b>Lazer</b></p> <p>O lazer é muito importante, ajudando no tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar a companhia da família e amigos para conversar;</li> <li>- Fazer programas de lazer (assistir de televisão, ouvir música, ler livros, jogos e outras atividades de lazer);</li> </ul> <p><b>Expirações</b></p> <p>A espiral ajuda no equilíbrio do corpo e da mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir necessidade de apoio espiritual, converse com a família e amigos;</li> <li>- Procurar apoio religioso e espiritual, de acordo com sua crença;</li> </ul> <p><b>Orientação aos familiares</b></p> <p>Sua participação é muito importante para o cuidado do seu familiar, portanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar estar sempre próximo a ele, dando o apoio necessário;</li> <li>- Proporcionar um ambiente tranquilo e agradável;</li> <li>- Evitar situações de estresse emocional, que possam agravar sua saúde;</li> </ul>	<p>- Procurar posições confortáveis/estabelecer ou adaptar que ajudem a aliviar a dor.</p> <p><b>Dispositivos (tela de ar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir falta de ar;</li> <li>- Procurar ficar sentado ou deitado com a cabeceira da cama elevada;</li> <li>- Abra as janelas para a arjar o ambiente;</li> <li>- Procurar ficar em ambiente arejado;</li> <li>- Não fique sozinho, peça ajuda à família;</li> </ul> <p><b>Cuidados corporais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A higiene pessoal é importante para seu tratamento;</li> <li>- Procurar fazer a sua higiene sozinho, peça ajuda se não conseguir fazer sozinho;</li> <li>- Realizar a higiene da boca, especialmente após as refeições e antes de dormir, de acordo com seus hábitos;</li> </ul> <p><b>Atividade e mobilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não fique sozinho, procure a companhia da família e amigos;</li> <li>- Procurar fazer com a família e amigos, sobre suas possibilidades e meios;</li> <li>- Terre distração com leitura, passeios, etc</li> </ul> <p><b>Lazer</b></p> <p>O lazer é muito importante, ajudando no tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar a companhia da família e amigos para conversar;</li> <li>- Fazer programas de lazer (assistir de televisão, ouvir música, ler livros, jogos e outras atividades de lazer);</li> </ul> <p><b>Expirações</b></p> <p>A espiral ajuda no equilíbrio do corpo e da mente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir necessidade de apoio espiritual, converse com a família e amigos;</li> <li>- Procurar apoio religioso e espiritual, de acordo com sua crença;</li> </ul> <p><b>Orientação aos familiares</b></p> <p>Sua participação é muito importante para o cuidado do seu familiar, portanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar estar sempre próximo a ele, dando o apoio necessário;</li> <li>- Proporcionar um ambiente tranquilo e agradável;</li> <li>- Evitar situações de estresse emocional, que possam agravar sua saúde;</li> </ul>	<p>Universidade Federal do Paraná Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional em Enfermagem Grupo de Estudo: Multiprofissional em Saúde do Adulto (GBM SA)</p> <p><b>CUIDADOS GERAIS PARA O DOMICÍLIO</b></p> <p>Elaborado: Mestrados José Maria Leães Cruz Orientadora: Profa Maria de Fátima Mantovani.</p>
---	---	---	---	---

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de pacientes portadores de câncer, apesar de causar algum sofrimento, pode produzir um sentimento de gratificação aos enfermeiros. Permanecer ao lado do paciente por alguns minutos, um simples toque ou um gesto de carinho, pode ajudá-lo a valorizar pequenas ações, que poderão levá-lo a seguir em frente, a propiciar bem estar, ao tempo de vida que ele tiver.

Neste estudo, o ser humano em foco, foi o paciente com câncer, um ser único, que tem suas necessidades biopsicoespirituais amplamente comprometidas. O curso da doença, o tratamento, bem como as inúmeras internações causam desequilíbrio nas suas necessidades básicas, sendo necessário o cuidado de enfermagem.

A equipe de enfermagem deve estar atenta para que tais necessidades sejam satisfeitas. Porém o enfermeiro tem um papel importante na detecção destas alterações, devendo intervir em todos os aspectos, com cuidados individualizados. Deve também ser o elo entre a equipe, buscando desta forma o cuidado integral.

O enfermeiro tem como compromisso manter uma relação de harmonia com o paciente, esclarecendo suas dúvidas e contribuindo para o entendimento das orientações realizadas. Portanto, a orientação não se esgota somente com a transmissão das rotinas, mas sim no acompanhamento diário destes indivíduos, desde a internação até a alta hospitalar, trazendo-lhes informações quantas vezes forem necessárias.

A partir dos resultados e discussão dos dados, este estudo possibilitou avaliar a importância dos enfermeiros do PA adulto na realização dos cuidados, ao paciente neoplásico, a partir da identificação das necessidades humanas básicas afetadas nos mesmos. O enfermeiro deve estar preparado para cuidar, tendo por base o conhecimento técnico-científico e habilidade nas relações interpessoais.

Muitos fatores foram importantes para a realização deste estudo, sendo que um deles foi utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, que permitiu a coleta de dados necessários para a construção de um protocolo de orientação de alta hospitalar para o cuidado ao paciente neoplásico.

Outro diferencial foi associar esta mesma teoria à prática do enfermeiro, como suporte frente às intervenções necessárias nas ações do cuidado

Como limitação verificou-se a partir da busca da literatura, que foram encontrados poucos estudos relacionados ao cuidado de enfermagem para o paciente com câncer na alta hospitalar, bem como os mesmos não eram recentes, configurando uma fragilidade para o seguimento da pesquisa, no seu objetivo que foi a elaboração de protocolos para orientação de alta hospitalar ao paciente.

O presente estudo alcançou seu objetivo com a elaboração dos protocolos de orientação para alta hospitalar no cuidado ao paciente neoplásico. Os mesmos foram avaliados pelos enfermeiros do serviço de Pronto Atendimento adulto, para início de sua utilização. Os protocolos podem e devem ser reformulados conforme a demanda do serviço.

Sugere-se que se os protocolos forem informatizados, utilize-se a estrutura categorial da Norma ISO 18.104 (International Standard Organization), que estabelece padrões de terminologias de enfermagem para uso em sistemas computacionais (GENEVA, 2013).

Como contribuições, referente ao planejamento de alta hospitalar é recomendado que o enfermeiro avalie sistematicamente as condições do paciente e sua compreensão quanto às informações recebidas. Os protocolos devem ser vistos como facilitadores, servindo de subsídio aos enfermeiros e toda a equipe de enfermagem do PA adulto, para as ações de cuidados ao paciente com câncer, desde a internação até o momento da alta hospitalar.

Como proposta de intervenção, recomenda-se a utilização dos protocolos construídos, pois estes possibilitam que orientações de relevância sobre a continuidade do cuidado, sejam repassadas aos pacientes e se estendam também aos familiares ou responsáveis pelo cuidado no domicílio, incentivando-os à adesão do tratamento indicado, proporcionando melhora no seu bem estar e, minimizando o risco de reinternações.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; SANTOS, T. S.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M.; MONTEIRO, F. S. Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p. 199-206, 2011.

ANDRIETTA, M. P. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 19, n. 6, Ribeirão Preto, nov/dec, 2011.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 1, n. 15, p. 316-22, 2007.

BAILLEY, L. D. **Methods of social research**. 2 ed. New York: The Free Press, 1982.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BITTENCOURT, A. R. et al. A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. **Rev. Brasileira de Cancerologia**.v. 55, n. 3, p. 271-278, 2009.

BORDINHÃO, R. C. **Processo de Enfermagem em uma Unidade De Tratamento Intensivo à Luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRS, Porto Alegre, 2010.

BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das Necessidades Humanas Básicas de Horta. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 125-131. Porto Alegre, jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuide bem do seu paciente. Orientações aos pacientes**. Instituto Nacional do Câncer, 2 ed. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 2007, 2009 E 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição Oncológica.** Instituto Nacional do Câncer. v. 2, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>. Acesso em: 20/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2012 -Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011, 122 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa> Acesso em: 20/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **A epidemiologia do câncer: mortalidade.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/atlas> Acesso em 19/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [www.inca.gov.br/cuidados\\_paliativos/links](http://www.inca.gov.br/cuidados_paliativos/links) Acesso em 19/05/2012.

CARVALHO, S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 647-52, 2005.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 214-217, 2005.

COREN-MG. Câmara técnica de atenção básica, 2006. Disponível em: [http://www.corenmg.gov.br/.../Apresentação\\_Protocolos\\_Assistenciais\\_Rosana\\_Paes.pdf](http://www.corenmg.gov.br/.../Apresentação_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf). Acesso em 10/09/2013.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O.; Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

CRUZ, A. P. O.; LOPES, R. Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Salusvita**, v. 29, n. 3, p. 293-312, 2010.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FERNANDES, W. C. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 72-65, 2010.

GANZELLA, M. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 2, São Paulo, 2008.

GARGIULO, C. A.; MELO, M. C. S. C.; SALIMENA, A. M. O.; BARA, V. M. F.; SOUZA, I. E. O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4 p. 696-702, out-dez, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, I. R. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e Saúde Coletiva**.v. 13, n. 4, p. 1337-1345, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1. Brasília. Jan./Feb, 2011.

HERR, G. E.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; BERLEZI, E. M.; GOMES, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; ROSANELLI, C. P.; LORO, M. M. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 1, p. 33-41, 2012.

HONÓRIO, R. P. P. ; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 188-93, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ISO – International Organization for Standardization – 18104. Health informatics integration of a reference terminology model for nursing. Genebra: ISO; p. 1-28, 2003.

ISO – International Organization for Standardization. Health informatics: categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems, FDIS 18104. Geneva: ISO; 2013. Available from: [http://www.iso.org/home/store/catalogue\\_ics/catalogue\\_detail\\_ics.htm?csnumber=59431](http://www.iso.org/home/store/catalogue_ics/catalogue_detail_ics.htm?csnumber=59431). Acesso em 15/11/2013.

JESUS, J. K. F. **Caracterização dos Pacientes do Pronto Atendimento Adulto de um Hospital Universitário**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - UFPR, Curitiba, 2013.

JUSTINO, E. T. **A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFPR, Curitiba, 2011.

LIMA, M. G. R.; HUNDERTMARCK, K.; ROSSATO, M.; VIEIRA, D. T.; ELY, G. Z.; POTTER, C.; NIETSCHE, E. A.; BEUTER, M. Necessidades humanas básicas do paciente oncológico sob o enfoque da teoria de enfermagem de Wanda Horta. 3ª Jornada Interdisciplinar em Saúde. Santa Maria, RS, 2010.

MARRA, C. C. *et al.* Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 2, n. 4, p. 123-127, 1989.

MARQUES, L. F. G.; FURTADO, I. C.; DI MONACO, L. C. R. **Altal hospitalar: um enfoque farmacêutico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Racine, São Paulo, 2010.sa

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, T. M. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 231-238, 2009.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Brasília, 2003.

MUTRO, M. E. G. **Vivência do Cuidador Familiar de Paciente com Câncer**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista - UNESP, Botucatu, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 401-5, mai/jun, 2012.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM / IBAP, 1999.

PEREIRA, A. P. S.; TESSARINI, M. M.; PINTO, M. H. OLIVEIRA, V. D. C. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 15, n. 1, p. 40-5. Rio de Janeiro, jan/mar, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMPEO, D. A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, São Paulo July/sept, 2007.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 249-55, 2008.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Ano 11, abril/junho, 2012.

RECCO, D. C.; LUIZ, C. B.; PINTO, M. H. O cuidado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior de São Paulo. **ArqCiên Saúde**, v. 12, n. 2, p. 85-90, 2005.

REVELLES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em Saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 41p. 40-53, 2007.

ROCHA, F. C. V. *et al.* **Procedimento operacional padrão enfermagem**. 1ed. Hospital Getulio Vargas, Piauí, 2012.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos: Análise de Conceito**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2004.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

ROSA, L. M. **O Cuidado de Enfermagem no Itinerário Terapêutico da Pessoa com Diagnóstico de Câncer**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFSC, Florianópolis, 2007.

SALCI, M. A.; MARCON, S.S. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 18-25. Porto Alegre, mar, 2010.

SALES, C. A. *et al.* A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. **Acta sci., Health sci.**, v. 25, n. 2, p. 177-182, 2003.

SANTANA, L. L.; MAZZA, V. A.; TAUBE, S. A. M.; SARQUIS, L. M. M. Diagnóstico de intervenção de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento à luz das Necessidades Humanas Básicas. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 675-81, out/dez, 2011.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, Rio de Janeiro, may, 2011.

SILVA, A. A. *et al.* Caderno de enfermagem em ortopedia. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1-36, maio, 2009.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): Relato de caso. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 9, n. 4, p. 75-82, 2001.

SILVA, V. C. E. **O Impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

SIQUEIRA, A. B.; FILIPINI, M. B. S. P.; FIORANO, A. M. M.; GONÇALVES, S. A. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **ArgMed ABC**, v. 31, n. 2, p. 73-7, 2006.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, n. 4, 2007.

SOUZA, I. E. O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm.**v. 16, n. 4, p. 696- 702, out/dez, 2007.

SOUZA, P. M. B. B. **Protocolo de orientações de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca à alta hospitalar.**Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2012.

SUZUKI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA, M. H. M. Planejamento de alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev. Enferm. USP.**v. 45, n. 2, p. 527-32, 2011.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, M. R.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 6, Brasília, Nov./Dec., 2008.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2004. Disponível em:  
<http://hc.ufpr.br/?q=node10562>. Acesso em 05/08/2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2006. Disponível em:  
<http://www.hc.ufpr.br/atividades/folder2006/comei>. Acesso em 10/08/2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2011. Disponível em:  
<http://ufpr.br/portalufpr/hospital-de-clinicas/> Acesso em 05/08/2013.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.**Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

World Health Organization (WHO).International agency for research on cancer.World cancer report. Lyon, 2008.

**APÊNDICE 1–INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS JUNTO AOS PACIENTES**

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(P1)Entrevista Número:\_\_\_\_\_

(P2)Data:\_\_\_\_\_

(P3)Nome:\_\_\_\_\_

(P4)Idade:\_\_\_\_\_

(P5)Estadocivil:\_\_\_\_\_

(P6)Sexo:( ) F ( ) M

(P7) Filhos:\_\_\_\_\_

(P8)Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( )  
Sem escolaridade

(P9)Profissão/Ocupação:\_\_\_\_\_

(P10) Tempo de trabalho:\_\_\_\_\_

(P11) Habitação: ( ) Própria ( ) Aluguel ( ) Emprestada ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( )  
Mista ( ) Rede de esgoto ( ) Água tratada ( ) Rede elétrica ( ) Coleta de Lixo ( ) Rua  
asfaltada

(P12) Renda familiar :( ) < 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) 3 a 5 salários  
mínimos ( ) > 5 salários mínimos

(P13)Religião:\_\_\_\_\_

(P14)Diagnóstico:\_\_\_\_\_

(P15) Tempo de diagnóstico:\_\_\_\_\_

(P16) Medicação em uso:\_\_\_\_\_

(P17) O que o senhor(a) sabe sobre a sua doença?\_\_\_\_\_

(P18) O que mudou em sua vida em relação aos cuidados com a sua saúde após o  
diagnóstico?\_\_\_\_\_

(P19) A dor o incomoda muito? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(P20) Tem dificuldade para dormir? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(P21) Alimenta-se bem? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(P22) Consegue tomar banho sem auxílio? ( ) Sim ( ) Não

(P23) Sente desconforto para urinar? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(P24) Sente desconforto para evacuar? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(P25) Tem algum tipo de lazer que o agrada? ( ) Sim ( ) Não

Descreva:\_\_\_\_\_

(26) Recebe ajuda de alguém nos cuidados?\_\_\_\_\_

(P27) Como o senhor(a) gostaria de ser cuidado aqui no hospital e, em casa?\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, que se encontra internado no Hospital de Clínicas e tem doença crônica com tratamento prolongado, está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “O ENFERMEIRO E A GERÊNCIA DE CUIDADO NA DOENÇA CRÔNICA”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) Os objetivos desta pesquisa são identificar pacientes internados com doença crônica de tratamento prolongado, na unidade de Urgência e Emergência, elaborar orientações para alta dos pacientes, verificar o que conhecem sobre sua doença e tratamento, e analisar como seguem as orientações de alta no retorno ao domicílio.
- c) Caso você participe da pesquisa será necessário responder a uma entrevista, a qual será aplicada no Hospital de Clínicas no período da internação, e gravada de acordo com o seu consentimento, com duração de aproximadamente 20 minutos. Após a transcrição das entrevistas, as gravações serão destruídas. Também será consultado seu prontuário hospitalar, no qual serão consultados os dados pessoais, diagnóstico(s), outras doenças, medicamentos utilizados e exames laboratoriais.
- d) Como em qualquer pesquisa, você poderá experimentar algum desconforto em responder as perguntas. Contudo, o benefício esperado é o conhecimento de como você segue as orientações da equipe de saúde após alta hospitalar e o esclarecimento de dúvidas sobre o seu tratamento.
- e) As pesquisadoras Maria de Fátima Mantovani, Elis Martins Ulbrich, Juliana Veiga Motin da Silva, Jennifer Kelly Franco de Jesus, Camila da Silva Luz, Ângela Tais Mattei, Juliana Perez Arthur e Ieda Maria Leal da Cruz, poderão ser contatadas pelo telefone (41) 3360-5333 e/ou 33613759, na Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar-Jardim Botânico, CEP 80210-170, Curitiba/PR, das 14:00 horas às 17:00 horas de segunda a sexta-feira. Elas são responsáveis por esta pesquisa e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da mesma.
- f) Todas as informações que você queira, antes, durante e depois da pesquisa estão garantidas.
- g) A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/2013

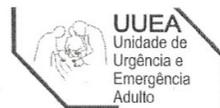
Identificação do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Aprovado pelo Comitê de Ética  
em Pesquisa do Setor de Ciências  
da Saúde/UFPR.

Em, 29/02/2013

<p>Comitê de Ética em Pesquisa Setor de Ciências da Saúde/UFPR Rua Padre Camargo, 280 - 2º Andar CEP: 80060-240 - Curitiba - PR</p>
---

## ANEXO 1–DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – UUEA



Curitiba, 21 de outubro de 2013.

Comitê de Ética em Pesquisa Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Prezado Coordenador:

Declaramos que nós da Unidade de Urgência e Emergência Adulto estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa: **"Orientações de alta Hospitalar para o cuidado ao paciente neoplásico"** sob a responsabilidade de Ieda Maria Leal da Cruz, sendo um adendo do projeto **"O enfermeiro e a gerência de cuidado na doença crônica"** com a orientação de Maria de Fátima Mantovani, em nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em dezembro de 2013.

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão Pacientes com diagnósticos de câncer em Observação ou internados PA Observação da Unidade de Urgência e Emergência Adulto, que voluntariamente aceitarem participar da entrevista semiestruturada, e que o presente estudo deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta para o momento, aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

  
 Rejane Maestri Nobre Albini  
 Gerente

Unidade de Urgência e Emergência Adulto

## ANEXO 2- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ministério da Educação  
Universidade Federal do Paraná  
Setor de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 26 de fevereiro de 2013.

Ilmo (a) Sr. (a)

**Maria de Fátima Mantovani**

Elis Martins Ulbrich; Juliana Veiga Mottin da Silva; Jeniffer Kelly Franco de Jesus; Camila da Silva Luz; Angela Tais Mattei; Juliana Perez Arthur, Ieda Maria leal da Cruz

**Nesta**

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Adendo solicitado: inclusão de novos objetivos e novo TCLE, no Projeto de Pesquisa intitulado “O enfermeiro e a gerência de cuidado na doença crônica” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e apresentou pendências. Pendências apresentadas, documentos analisados e adendo aprovado em 19 de fevereiro de 2013.

Registro CEP/SD: 1227.152.11.09

CAAE: 0149.0.091.208-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Próximo Relatório parcial: 26 de junho de 2013.

Atenciosamente

**Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
do Setor de Ciências da Saúde/UFPR

### ANEXO 3 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) - ALTA HOSPITALAR



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE – Nº 006		Folha 01/02
UNIDADE FUNCIONAL/SERVIÇO/SEÇÃO Diretoria de Enfermagem		
NOME DO PROCEDIMENTO ORIENTAÇÕES AOS ACOMPANHANTES		
ELABORADO POR Serviço de Controle de Infecção Hospitalar		DATA 23/05/2011
APROVADO POR Diretoria de Enfermagem		DATA 30/05/2012
REVISÕES	DATA	RESPONSÁVEL
1ª REVISÃO	14/06/2012	Enfa. Karen Lohmann Bragagnolo
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		
REGISTRO DE PÁGINAS QUE FORAM ALTERADAS E SUBSTITUÍDAS		
1ª REVISÃO	Manter orientações do POP – DCC – SCIH – Nº 027	
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> POP – DE – Nº 005</p>	<p align="center">Folha 02/03</p>
<p><b>Unidade Funcional/Serviço/Seção</b> Diretoria de Enfermagem</p>	
<p><b>Nome do Procedimento</b> ALTA HOSPITALAR</p>	
<p><b>OBJETIVO DO PROCEDIMENTO</b> Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para a manutenção de sua saúde após a hospitalização.</p> <p><b>RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO</b> Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;</p> <p><b>MATERIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontuário;</li> <li>• Receituário médico;</li> <li>• Autorização de alta</li> </ul> <p><b>PROCEDIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avisar o paciente com antecedência;</li> <li>• Comunicar serviço social para que o mesmo avise o familiar/responsável sobre a alta do paciente;</li> <li>• Orientar o paciente e o familiar/responsável sobre cuidados de saúde específicos relacionados ao motivo da internação e o retorno nas consultas dos ambulatórios conforme a especialidade;</li> <li>• Verificar se a alta está assinada pelo médico responsável no prontuário;</li> <li>• Orientar e/ou auxiliar o paciente a proceder a troca de roupa;</li> <li>• Encaminhar o paciente ao serviço responsável pela guarda de objetos pessoais, caso o mesmo tenha deixado sobre a responsabilidade do hospital durante a admissão;</li> <li>• Registrar a alta no formulário de anotação de enfermagem e no prontuário, indicando horário de saída, condições gerais do paciente e orientações fornecidas;</li> <li>• Informar o secretário da unidade sobre a alta do paciente;</li> </ul>	



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> POP – DE – Nº 005	<b>Folha 03/03</b>
<b>Unidade Funcional/Serviço/Seção</b> Diretoria de Enfermagem	
<b>Nome do Procedimento</b> ALTA HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar a alta física no SIH (Enfermeiro/secretário);</li><li>• Enviar ao serviço de nutrição o aviso de suspensão da dieta;</li><li>• Chamar o serviço responsável pela desinfecção e arrumação do leito.</li></ul>	
<b>REFERENCIA</b> KOCH, R. M., <i>et al.</i> <b>Técnicas Básicas de Enfermagem</b> . Curitiba, Século XXI, 2007.	

HC-UFPR