UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR MESTRADO PROFISSIONAL

Lidiane da Fonseca Moura

A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos clientes assistidos em ambulatórios de oncologia

Rio de Janeiro
2015

Lidiane da Fonseca Moura

A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos clientes assistidos em ambulatórios de oncologia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.
Área de concentração: Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Moura, Lidiane da Fonseca.
M929 A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos clientes assistidos em ambulatórios de oncologia / Lidiane da Fonseca Moura, 2015.
113 f. ; 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Enfermagem. 2. Oncologia. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Contato humano. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 610.73

Lidiane da Fonseca Moura

A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos clientes assistidos em ambulatórios de oncologia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado Profissional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar avaliada pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

_____

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva – Presidente

_____

Prof. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo - 1º Examinador

_____

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado - 2º Examinador

_____

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva - Suplente

_____

Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago – Suplente

Aprovada em: 10 de dezembro de 2015.
Local da defesa: Auditório da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, segundo andar da EEAP/UNIRIO.

Dedicatória

Inicialmente dedico este trabalho e esta conquista a DEUS por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente nos momentos de angústia e cansaço, abençoando-me e concedendo a força necessária para continuar na batalha em busca de vencer meus desafios.

Ao meu esposo Thiago, que sempre foi meu amigo, meu companheiro, meu amor, pessoa que me deu apoio, força, dedicação e amor ao longo desta jornada. É quem me motiva a continuar sempre crescendo, como profissional e principalmente como ser humano.

Aos meus pais Reginaldo e Angelina, que desde sempre acreditaram e investiram em mim. Seus cuidados e dedicação sempre me deram a esperança, para seguir em frente, e a certeza de que nunca estive sozinha nessa caminhada. Amo vocês!

A minha irmã, amiga e meu orgulho, Viviane, por seu apoio, respeito, dedicação e incentivo ao longo de toda vida.

Agradecimentos

Inicio agradecendo a DEUS, por iluminar meus caminhos por toda minha vida!

Agradeço ao meu esposo, pelo carinho, dedicação e o apoio constante.

Aos meus pais e a minha irmã, por serem tão presentes e, da mesma forma, importantes na minha vida.

Aos meus familiares que, mesmo estando presentes ou nem tanto, até mesmo aqueles que nos deixaram, sempre torceram por mim e continuam torcendo!

Ao meu orientador PROF. CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA pela oportunidade da realização do mestrado, pelas orientações e, principalmente, por compartilhar comigo uma parte de seus ricos conhecimentos.

Aos professores Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Luiz Carlos Santiago, Roberto Carlos Lyra da Silva, Daniel Aragão Machado por suas contribuições a minha pesquisa, que possibilitaram enorme enriquecimento em minhas discussões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - UNIRIO, seu corpo docente e ao secretário Felipe por me possibilitarem dar mais um importante passo em minha trajetória acadêmica.

Epígrafe

"Noventa por cento do sucesso se baseia simplesmente em insistir."
Woody Allen

RESUMO

A consulta de enfermagem como instrumento de conforto aos clientes assistidos em ambulatórios de oncologia

A palavra conforto se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem durante seu processo de trabalho. O cuidado prestado pela enfermagem é constituído de conhecimentos técnico-científicos, mas também de ações de sensibilidade, acolhimento, compaixão e expressões de amor ao próximo. Por isso, nem sempre o cuidado de enfermagem perante as bases científicas habituais pode ser suficiente para minimizar a sensação de desconforto do paciente. Considera-se, como hipótese, que a consulta de enfermagem em unidades ambulatoriais de administração de quimioterapia antineoplásica pode ser utilizada como instrumento de conforto em clientes assistidos nesses serviços. As questões norteadoras são: i) Que fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial influenciam na sua percepção de conforto? ii) De que maneira a criação de um protocolo de consulta de enfermagem, destinado aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial, pode torná-la uma medida de conforto? iii) A consulta de enfermagem pode ser utilizada como medida de conforto em clientes oncológicos em tratamento ambulatorial? Objetivou-se com isso identificar como os autores de enfermagem abordam a questão do conforto em oncologia; descrever os fatores, apontados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto; elaborar instrumentos (roteiro de consulta de enfermagem e folheto informativo) que subsidiem a consulta de enfermagem a esses clientes. O estudo descritivo e quantitativo foi realizado em um ambulatório de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto por duas partes: questões sociodemográficas e Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia. O processo de desenvolvimento deste trabalho ocorreu por meio da realização de três etapas, quais sejam: levantamento bibliográfico sobre a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica; descrição dos fatores, associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto; e, como produto deste estudo, a elaboração de um roteiro para a consulta de enfermagem, direcionado a esses pacientes, e também o desenvolvimento de um folheto informativo sobre as principiais necessidades que poderão surgir durante o tratamento quimioterápico. Os resultados da primeira etapa com 20 artigos selecionados foram: a ausência de um periódico específico da enfermagem voltado para cancerologia; a ocorrência de 4 áreas temáticas específicas - espiritualidade, oncologia ambulatorial, oncologia clínica, saúde da criança; a existência de 50% das publicações voltadas para a área da saúde da criança; Na segunda etapa da pesquisa, dos 30 entrevistados 70% correspondeu ao sexo feminino e 30% ao sexo masculino. O diagnóstico mais destacado na pesquisa foi a Neoplasia de mama. Dentre os contextos investigados, o socialcultural apresentou a maior média entre os entrevistados (M=31,6; DP=5,048), já o ambiental representou a média mais baixa (M=17,2; DP=3,453). Os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial enfrentam alterações na sua vida relacionadas ao seu aspecto físico e a fatores psicológicos e sociais que afetam a pessoa doente e sua família.

Palavras-chave: Enfermagem. Oncologia. Cuidados de Conforto.

ABSTRACT

The nursing consultation as comfort tool for customers assisted in oncology clinics

The word comfort is present in the vocabulary of nursing professionals during their work process. The care provided by the nursing staff consists of technical and scientific knowledge, but also sensitivity actions, host, compassion and expressions of love of neighbor. Why not always nursing care before the usual scientific basis may be sufficient to minimize the discomfort of the patient. It is considered as hypothesis that the nursing consultation in outpatient clinics of antineoplastic chemotherapy administration, can be used as a comfort tool in clients assisted in these services. The guiding questions are: What factors associated with cancer by clients in outpatient chemotherapy, influence their perception of comfort? How to create a nursing consultation protocol customers cancer in outpatient treatment, you can make it a measure of comfort? The nursing consultation can be used as a measure of comfort in cancer clients in outpatient treatment? It aimed to: identify how nursing authors address the issue of comfort in oncology; describe the factors mentioned by customers cancer in outpatient chemotherapy, that interfere with their perception of comfort; build tools (nursing query script and package leaflet) to subsidize the nursing consultation for cancer clients in outpatient treatment. descriptive and quantitative study, conducted in a private cancer care clinic in health, located in the Lakes Region, the State of Rio de Janeiro. To collect data, we used an instrument composed of two parts: socio - demographic and Comfort Rating Scale in patients to perform chemotherapy. The development process of this work took place through the completion of three stages, namely: literature on the approach to comfort in Oncology Nursing publications; the description of the factors associated with the cancer clients in outpatient chemotherapy, that interfere with their perception of comfort; and, as a product of this study, the construction of a road map for the nursing consultation in cancer patients receiving outpatient chemotherapy, and also the development of an information leaflet on principiais needs that may arise during chemotherapy. The results of the first stage with 20 articles selected were: the lack of a specific journal of nursing facing oncology; 4 particular themes - spirituality, outpatient oncology, clinical oncology, child health; 50% of publications geared to the child's health; In the second stage of the research: Of the 30 respondents, 70% is female and 30% male. The most prominent diagnosis was breast neoplasm. The social-cultural context had the highest average among respondents (M = 31.6, SD = 5.048), and the environmental context represented the lowest mean (M = 17.2, SD = 3.453). The cancer patients receiving outpatient chemotherapy facing changes in their lives related to their physical appearance, psychological and social factors affecting the sick person and his family.

Keywords: Nursing. Medical Oncology. Hospice Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Matriz dos dados.	35
Quadro 2	Conforto Total	42
Quadro 3	Contexto Físico	43
Quadro 4	Contexto Psico-Espiritual	45
Quadro 5	Contexto Ambiental	46
Quadro 6	Contexto Social-Cultural	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição de itens EACDQ (Adaptado de Gameiro e Apóstolo, 2006)	31
Figura 2	Roteiro de consulta de enfermagem (folhas 1 e 2)	48
Figura 3	Roteiro de consulta de enfermagem (folhas 3 e 4)	49
Figura 4	Folheto informativo (folhas 1 e 2)	50
Figura 5	Folheto informativo (folhas 3 a 6)	51
Figura 6	Folheto informativo (folha 7)	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
HSB	Health Seeking Behaviors
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EACDQ	Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

X	Média
M_O	Moda
S	Desvio padrão
Q	Questão
=	Igual
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3. METODOLOGIA	29
4. RESULTADOS	33
5. CONCLUSÃO	54
6. REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE	60
ANEXOS	109

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito de explicitar a temática estudada, cabe refletir acerca do contexto que originou seu desenvolvimento, conforme pode ser visto a seguir.

De acordo com Apóstolo (2009), a palavra conforto se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem, que se utilizam corriqueiramente de expressões como “prestado conforto”, “o paciente está confortável, foi confortado” ou “está confortavelmente instalado” durante seu processo de trabalho.

No decorrer de minha experiência profissional prestando assistência de enfermagem a pacientes portadores de câncer, em sala de infusão de quimioterápicos de uma instituição privada localizada no Rio de Janeiro, defrontei-me com diversas situações onde a palavra conforto da mesma forma, era constantemente referida pela equipe de enfermagem no decorrer do processo de cuidar. Pude, então, perceber que tal vocábulo era utilizado nos mais diferentes contextos da prática de enfermagem empregada.

Para caracterizar a afirmação supracitada, apresento, na sequência do texto, a descrição de apenas duas situações, dentre as diversas que vivenciei em meu ambiente de trabalho, as quais me motivaram para a realização desta proposta de investigação, pois favorecem a abstração e iluminam meu *espírito*. Além disso, fazem-me refletir acerca da pragmática assistencial, principalmente sobre o quão necessário é (re)pensar o conceito de conforto em enfermagem oncológica, tendo em vista que ele se encontra presente em todos os momentos dessa atividade profissional.

A primeira situação diz respeito ao ocorrido com uma paciente que, com diagnóstico recente de sua doença, iria iniciar o tratamento proposto com a quimioterapia intravenosa. Meus olhos se depararam com uma jovem de 25 anos, agudamente assustada com a sua nova realidade: a doença e o convívio com o ambiente hospitalar. Inicialmente, durante a realização do procedimento de punção venosa periférica para a infusão da medicação prescrita, a cliente já apresentou visível alteração de comportamento, através do uso de palavras indelicadas com a equipe de enfermagem, equipe médica e seus familiares. Além disso, esboçava repetidamente choro, o quer gerou, aparentemente, extremo mal estar a todos que se encontravam naquele ambiente.

No intuito de demover a jovem de suas atitudes agressivas, uma profissional da equipe de enfermagem criticava o comportamento da cliente. Essa tentativa acabou por tornar a situação cada vez mais problemática, uma vez que a jovem se mostrou ainda mais agressiva. Convém ressaltar que, em momento algum, a cliente recusou a realização do tratamento, tanto

que, à medida em que os quimioterápicos estavam sendo administrados, a jovem foi se acalmando e, ao final do atendimento, ela já apresentava pequena feição de tranquilidade.

Quinze dias depois, a mesma jovem retornou à instituição para sequenciar seu tratamento. Eu era a enfermeira escalada para administrar sua medicação. Ao adentrar a sala, a jovem já esboçava face de assustada. Cumprimentei-a com delicadeza e educação, solicitei que se sentasse na poltrona, perguntei como haviam sido suas últimas semanas, acomodei-a na poltrona e questionei se estava bem posicionada. Em seguida, expliquei pausadamente o procedimento que seria realizado (punção venosa periférica), inclusive, apresentando-lhe o material que seria utilizado. Ela teve a oportunidade de tocar, conhecer o que era "jelco", ficou surpresa ao descobrir que não seria uma "agulha dentro da sua veia" e sim um dispositivo maleável.

Após esta abordagem inicial, pude notar que seu semblante de assustada já havia desaparecido, e a própria jovem teve a iniciativa de iniciar um diálogo que se desenvolveu de maneira tranquila. A partir deste momento, notei que a cliente apresentava confiança em minhas palavras e movimentos, o que significava o início de uma relação de respeito mútuo.

Quando precisei iniciar a técnica de venóclise, avisei-a antecipadamente. Neste momento, ela fechou seus olhos e nada fez, nem disse. Avisei-lhe o término do procedimento, e, para minha surpresa e felicidade, ela exclamou: "- Já acabou!". No entanto, notei que estava nervosa, pois suava frio e manifestou sensação de mal estar. Após alguns minutos, ela informou que estava bem e que havia ficado um pouco nervosa. Instalei a medicação, e ficamos conversando durante mais ou menos 2 horas e meia (o tempo de infusão da medicação prescrita).

Ao fim da infusão, despediu-se falante e sorridente, já fazendo menção ao nosso próximo encontro que se daria após 6 semanas. Abraçou-me e foi embora feliz com seus familiares, deixando em meu rosto um sorriso e em meu coração tamanha felicidade.

A segunda situação discorre sobre uma senhora de 62 anos que se encontrava em sua 2° linha de tratamento paliativo. A cliente retornava de um período de afastamento de 15 dias devido ao fato de seu exame de sangue ter evidenciado leucopenia, o que impossibilitou a continuidade do tratamento.

Cabe destacar que, mesmo fazendo uso de fator de crescimento da medula por cinco dias, seu organismo não mais respondia, o que foi evidenciado ao retornar à consulta médica, onde foi evidenciado que seus exames continuavam apresentando o quadro de leucopenia.

Seu médico optou por adiar a aplicação da quimioterapia por apenas uma semana, pois não queria postergar muito tempo o adiamento. A cliente questionou sobre a possibilidade de

obter um intervalo maior (de 15 dias) para a continuação de seu tratamento, pois estava se sentindo muito bem, tanto que havia planejado uma viagem. Inicialmente o médico foi contra, uma vez que o tratamento já tinha sido adiado duas vezes. Neste momento, interpelei-o:
"- Por que não adiar a quimioterapia em mais uma semana?". Ele concordou dizendo: "- Você tem razão, deixe ela viajar.". Assim, devido ao desejo da paciente na realização de sua viagem, o médico foi persuadido quanto ao prazo para o reinício do tratamento, pois, naquele momento, o importante era o bem-estar da cliente. Quando aquela senhora se despediu de mim, pude vislumbrar o semblante de uma pessoa alegre e feliz.

As situações descritas anteriormente nos permitem visualizar algumas abordagens do conforto em nossa prática profissional, cabendo exclusivamente ao profissional de saúde, sobretudo o de enfermagem, a adoção de posturas e atitudes que tenham como premissa promover o bem-estar da clientela assistida em todos os cenários de atuação.

De fato, pude perceber que nem sempre o cuidado prestado se encontra relacionado à ideia de conforto, pois muitos dos cuidados destinados aos clientes proporcionam situações desconfortantes.

De acordo com Silva, Carvalho e Figueiredo (2008), o cliente, no decorrer da pragmática assistencial de enfermagem, pode vivenciar diversas situações desconfortantes. Entretanto, é importante não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem, considerando a sua base científica, pois é ela quem nos conduz à promoção do conforto efetivo.

Os relatos das situações vivenciadas pela autora da presente pesquisa, nos permitiram evidenciar que além das atividades técnico-científicas que permeiam a prática profissional da enfermagem, a equipe deve adotar medidas de auxílio no alívio da ansiedade, da tensão, do medo e da angústia; tanto dos pacientes, quanto de seus familiares. Esses fatores influem diretamente no processo assistencial, uma vez que constituem importantes obstáculos no processo de implementação da relação enfermeiro/cliente. Neste contexto, tais medidas também são consideradas cuidados de enfermagem, utilizadas como ferramentas terapêuticas para a promoção de conforto e de bem-estar.

Paterson e Zderad (1976), que se propuseram a estudar o cuidado que conforta no desenvolvimento de sua Teoria humanista de enfermagem, afirmam que o cuidado de enfermagem é uma resposta confortadora de uma pessoa para a outra num momento de necessidade, com o intuito de propiciar o desenvolvimento do bem-estar.

Praeger (2000) descreve tal cuidado como relacionamento propositadamente direcionado, com vista ao fortalecimento do estar bem ou o estar melhor de uma pessoa.

A literatura deixa transparecer que o conforto constitui significativamente o cuidado de enfermagem e está vinculado à sua origem e ao seu desenvolvimento, assumindo, ao longo da história, diferentes significados que se relacionam com a evolução histórica, política, social, religiosa e técnico-científica da humanidade (APÓSTOLO, 2009).

Neste sentido, vale ressaltar sucintamente alguns teóricos que se propuseram a pesquisar o conceito de conforto, quais sejam: Leininger e Watson consideram o conforto como um componente do cuidar; enquanto Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar, e que o conforto é o resultado dessa intervenção. No entanto, Morse considera o cuidar como um constructo do conforto (*op cit*).

Morse centrou o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas ações dos enfermeiros, mas não se refere à avaliação do resultado dessas ações. Já Kolcaba considera que o processo do conforto só fica completo com a avaliação dos resultados, e, a partir deste princípio, criou uma teoria de médio alcance na qual o conceito é operacionalizado (*op cit*).

Apesar da filosofia do trabalho de enfermagem focar na satisfação do cliente, no seu bem-estar físico, emocional, espiritual, social e o de sua família, assim como na valorização dos profissionais de enfermagem, identificamos que a ideia de conforto vai muito além do significado de cuidado técnico apresentado.

Leininger (1995), identificou o conforto como a maior representação do cuidar, sendo da maior importância que esse seja avaliado no respectivo contexto cultural para que se possam prestar cuidados holísticos.

O enfermeiro, no decorrer da execução do processo de cuidar, deve considerar o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural atribui ao conforto, de modo que o permita avaliar e intervir de acordo com as necessidades e expectativas de sua clientela (MALINOWSKI; STAMLER, 2002).

O cuidado prestado pela enfermagem é constituído de conhecimentos técnico-científicos repletos de racionalidade, tanto como de ações de sensibilidade, acolhimento, compaixão e expressões de amor ao próximo. Por isso, nem sempre o cuidado de enfermagem perante as bases científicas habituais é suficiente para minimizar a sensação de desconforto do paciente.

O cuidado é uma forma de viver à qual os seres humanos tentam adequar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus atos e em função do bem-estar dos outros. Isso determina que o cuidado precisa ser vivenciado.

O anseio por encontrar um ambiente que inspira o cuidado leva os profissionais à busca constante do auto-conhecimento com a finalidade de identificar seu valor como pessoa,

entender sua importância no mundo e na sociedade em que vivem, compreendendo suas próprias dificuldades e buscando seu aprimoramento pessoal e profissional (WATSON, 2002).

Dessa forma, cada profissional estará praticando continuamente o cuidado de si, o cuidado do outro e estimulando os membros da equipe de enfermagem a melhorarem a qualidade da relação que estabelecem com o cliente e seus familiares (APÓSTOLO, 2009).

Um ambiente de cuidado configura um espaço profissional onde relações profundas e significativas são estabelecidas de um ser para com o outro. Esse ambiente emite uma atmosfera rica em segurança, respeito, zelo, conhecimento, carinho, afeição, compreensão, tolerância e amor pelas pessoas e pela profissão, resultando em confiança, segurança e conforto.

Não perder o foco de que a essência do cuidado de enfermagem está no quesito assistencial é fundamental, pois é através do cuidado - na assistência de enfermagem - que alcançamos a promoção do conforto. Isso não significa que em muitas ocorrências, o paciente possa experimentar sensações de desconforto.

Na tentativa de encontrar um conceito para determinar com acurácia a ideia de conforto, o profissional de enfermagem talvez necessite de certos atributos comportamentais para oferecer, com excelência, o conforto associado aos conhecimentos técnico-científicos, intuição, sensibilidade e emoção. Sendo assim, esse profissional prestará um cuidado baseado tanto nos critérios da razão quanto nos da emoção.

Neste contexto, pode ser utilizada a consulta de enfermagem como medida de conforto, pois, de acordo com Polit, Beck, Hungler (2004), o cuidado de enfermagem objetiva o estabelecimento do vínculo, promove o encontro, constrói relações, permitindo o acesso entre o enfermeiro e o cliente. Esta habilidade de se colocar disponível à conversa e à interação auxilia o cliente e sua família no planejamento e adaptação das atividades cotidianas, resultando em uma melhor adesão aos tratamentos propostos.

Obviamente, sem desconsiderar os aspectos técnico-procedimentais, partimos do pressuposto de uma assistência de enfermagem que valoriza a subjetividade do cliente, considerando-o em sua individualidade, suas angústias e suas preocupações. Esse procedimento propiciará ao cliente um melhor enfrentamento da situação vivenciada, o que consequentemente irá influenciar positivamente em sua percepção de conforto.

Após a descrição da problemática do estudo, consideramos como **hipótese,** para a presente pesquisa, que **a consulta de enfermagem em unidades ambulatoriais de**

administração de quimioterapia antineoplásica pode ser utilizada como instrumento de conforto em clientes assistidos nesses serviços.

Tais apontamentos suscitaram em mim uma inquietação que resultou na elaboração das seguintes **questões** que estão norteando esta pesquisa:

- Que fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial influenciam na sua percepção de conforto?
- De que maneira a criação de instrumentos (roteiro de consulta de enfermagem e folheto informativo) que subsidiem a consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial pode torná-la uma medida de conforto?
- A consulta de enfermagem pode ser utilizada como medida de conforto em clientes oncológicos em tratamento ambulatorial?

Os **objetivos** desta investigação são:

- Identificar como os autores de enfermagem abordam a questão do conforto em oncologia;
- Descrever os fatores apontados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial que interferem na sua percepção de conforto;
- Elaborar instrumentos (roteiro de consulta de enfermagem e folheto informativo) que subsidiem a consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial.

Justificativa

Detectado há muitos séculos, o câncer foi amplamente classificado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros; entretanto, há aproximadamente quatro décadas o cenário vem sofrendo alteração, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos.

Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, para o ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17

milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (INCA, 2012).

A doença oncológica é um dos maiores flagelos da atualidade. Mesmo diante de toda evolução científica e tecnológica, das formas de prevenção e tratamento, continua a ter uma representação social negativa associada à dor, ao sofrimento e à morte.

O câncer, quando é diagnosticado, normalmente vem permeado de sintomas físicos como dor, desconforto, alterações corporais e psíquicas como o medo das limitações impostas pela doença, o que leva à perda da autonomia, gerando por parte do indivíduo acometido a dependência de alguém.

O sentido verdadeiro do cuidar é de promover a vida. A qualidade de nossas vidas depende do cuidado que dispensamos a ela. A forma como vivemos a vida, como nos relacionamos com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos e com o trabalho interfere na forma como praticamos o cuidar. O cuidado faz parte da prática profissional, é um agir mediado por um saber científico, um código de ética e um processo de trabalho inserido em um contexto político, cultural, econômico e social.

Segundo Waldow (2005), o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional, e seus objetivos são vários dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo, não há preocupação com um fim.

No cuidar existe uma relação entre o eu e o outro, e, na Enfermagem, esse cuidado pode ser construído mediante a consulta de enfermagem (ROSA, MERCÊS e MARCELINO et al, 2007).

A consulta de enfermagem consiste em uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico e deve ser, obrigatoriamente, desenvolvida na assistência de enfermagem. De acordo com a resolução COFEN 358/2009 em seu inciso 2º, “quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem”.

A consulta de enfermagem compreende: a etapa da coleta de dados, através do histórico de enfermagem e do exame físico; a etapa do planejamento da assistência, com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e prescrição; a etapa de execução do plano assistencial/cuidados e implementação da assistência; e, por último, as etapas de reavaliação e evolução.

Podemos dizer que os enfermeiros realizam a consulta de enfermagem, principalmente, nas áreas vinculadas à saúde coletiva e nos ambulatórios das diversas especialidades, mas frequentemente é observada a falta do registro adequado dessa atividade. Há dificuldade na implantação e implementação do Processo de Enfermagem decorrentes de diversas causas, desde a falta de um referencial teórico-filosófico do serviço até questões administrativas, dentre elas, o reduzido número de enfermeiros.

Na grande maioria das instituições, a sistematização do cuidado de Enfermagem não existe, e o que se observa são ações de enfermagem sendo realizadas no imediatismo para solucionar problemas e atender necessidades que vão surgindo. Isso resulta em ações que não são reavaliadas, que carecem de um plano de trabalho que contemple a diversidade e, ao mesmo tempo, garanta a prestação do cuidado de acordo com a necessidade do contexto assistencial.

Neste sentido, convêm ressaltar o papel dos enfermeiros como instrumento central na consulta de enfermagem, pois, de acordo com Rosa, Mercês e Marcelino et al (2007), um dos pontos fortes na implementação da SAE não trata somente de um registro, mas sim de uma ação transformadora do pensar e do fazer da Enfermagem; e, somente desta forma, os cuidados integrarão os itinerários de atendimento às pessoas com câncer.

Essas discussões nos mostraram as diversas faces do cuidado a partir da implementação da consulta de enfermagem. Neste ínterim, questionamos: A consulta de enfermagem pode ser utilizada como medida de conforto? Dessa forma, pensamos que criar instrumentos norteadores para a realização da consulta de enfermagem com clientes oncológicos em tratamento ambulatorial possa permitir aos profissionais de enfermagem um repensar acerca de suas condutas, para que sejam compatíveis com a questão da razão/ideal e com uma visão holística do cuidar dos pacientes.

De acordo com Apóstolo (2009), o modo de pensar o “conforto”, nas ações de cuidar, ainda não está claramente objetivado/concretizado. Na maior parte dos serviços de saúde, tem feito parte dos objetivos (escritos) prescritos e realizados no diagnóstico de enfermagem, como uma das etapas do processo de enfermagem. Por outro lado, se tais ações são realizadas, como reconhecem e dizem as enfermeiras, pode-se dizer que ainda não existe um consenso do que seja, realmente, considerado “conforto” para a Enfermagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A consulta de enfermagem e a sistematização da assistência

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, encontra-se em um movimento incessante de busca por melhorias para o seu ser/fazer. Neste sentido, destaca-se a busca pela prática organizada e sistematizada, inclusive, por tratar-se de uma questão legal, conforme disposto na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2009).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) compreende a forma como o trabalho da enfermagem é organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, de modo que seja possível o melhor atendimento das necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade pela aplicação das fases que compõem o processo de enfermagem. São elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (BRASIL, 2009).

A aplicação dessas fases exige do enfermeiro, além de conhecimento científico, habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas que ajudam a determinar o fenômeno observado e seu significado (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No entanto, apesar de não constituir uma preocupação recente no contexto político, assistencial e acadêmico, trata-se de uma prática incipiente, permeada por diversas dificuldades em seu processo de implantação, dentre elas, destacam-se:

- falta de conhecimento por parte do enfermeiro da metodologia de assistência, dos modelos teóricos para aplicação das fases do processo de enfermagem (TAKAHASHI; BARROS; MICHEL et al, 2008);
- existência de grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, falta de pessoal e de recursos materiais para o cuidado (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009);
- desvalorização da aplicação da SAE por parte da própria equipe de enfermagem, conduzindo, muitas vezes, a prática por meio de concepções do senso comum e por ações fragmentadas centradas nas tarefas (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Na prática oncológica, é preciso considerar que os objetivos da assistência, em conformidade ao que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), compreendem a promoção da qualidade de vida e do conforto dos clientes e de seus familiares

que enfrentam juntos uma doença que põe em risco a vida; a prevenção e o alívio dos sintomas e o apoio às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais (WHO, 1990).

A abordagem da complexidade, nesta área de atuação da enfermagem, admite o necessário empenho da equipe de saúde, por meio do trabalho interdisciplinar, para atender às necessidades de cuidado do cliente e da família. Deve-se, para isso, haver atenção diferenciada a fim de, dentro das possibilidades e diante das incertezas, diversidades e imprevisibilidades que demarcam a realidade complexa, realizar o melhor atendimento, mediante a instabilidade do quadro clínico do cliente e a proximidade da morte.

Desta forma, considera-se que a prática de enfermagem sistematizada deve favorecer a identificação das necessidades de cuidado manifestadas e/ou referidas pelos clientes e familiares em sua totalidade, bem como indicar a articulação e negociação com os demais membros da equipe de saúde em nome da concretização e melhorias do cuidado. Como isso, será possível a constituição de uma estratégia adequada a uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas.

Entretanto, além das dificuldades já relacionadas com a implantação da SAE, a utilização de referenciais rígidos e lineares tem contribuído para que essa prática seja desenvolvida de forma automatizada e burocrática, o que pode ser observado essencialmente nos planos de cuidados e nas evoluções de enfermagem (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Neste contexto, situa-se a consulta de enfermagem que, de acordo com a Lei do exercício profissional de enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986), regulamentada pelo Decreto-lei nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987, trata de uma atividade específica do enfermeiro, sendo utilizada prioritariamente para promoção da saúde e da qualidade de vida do indivíduo.

O cuidado é a base da Enfermagem, e a consulta de enfermagem é uma ação integrante desse cuidado. Ela permite ao profissional conhecer aquele indivíduo ao qual irá prestar assistência, possibilitando o planejamento das ações de Enfermagem de forma científica e individualizada (ROSA; MERCÊS; MARCELINO et al, 2007).

De acordo com Zagonel (2001), a consulta de enfermagem surgiu na profissão como estratégia eficaz para detecção precoce de desvios de saúde e para acompanhar e dar seguimento às medidas direcionadas ao bem-estar das pessoas envolvidas. Ela se diferencia dentre as várias maneiras de cuidar, pois possibilita a aproximação e estabelece uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais.

Por causa das variáveis culturais, o desenvolvimento da consulta de enfermagem exige do enfermeiro a compreensão de cada ser, bem como do meio onde ele vive. Quanto maior esse conhecimento, maiores são as chances da consulta transformar os cuidados diários em cuidados imprescindíveis e condizentes com a realidade e com as necessidades individuais.

Nesta perspectiva, a interação entre a enfermeira e a pessoa com câncer, durante a consulta de enfermagem, é fator imprescindível para a eficácia da sistematização do cuidado de Enfermagem, uma vez que a enfermeira se torna o elo entre o cuidado e o conforto, através do seu interagir terapeuticamente (RADÜNZ, 1999), fazendo com que o cliente também se veja como sujeito nessa ação.

A consulta de enfermagem funciona como um recurso para o diagnóstico de enfermagem ou identificação dos problemas de saúde do cliente. Portanto, o seu estudo em profundidade contribui para elaboração do plano de cuidados para a atuação do enfermeiro e para melhoria da condição de saúde da população (ZAGONEL, 2001).

Com base nos estudos de Ricaldoni e Sena (2006), acreditamos que a adoção da educação permanente na sistematização da assistência de enfermagem partindo da situação problema, pode levar à superação, à mudança e à transformação da realidade em uma situação diferente e desejada.

Para Soffiatti (2000), em relação à consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia, a educação permanente do enfermeiro e da pessoa com câncer favorece o sucesso do tratamento e do cuidado de enfermagem.

A Teoria do Conforto

Analisando o conceito de conforto implícito ou explícito no cuidado de enfermagem, percebe-se que ele não é devidamente contemplado nas teorias de enfermagem, tanto nas mais contemporâneas, quanto nas mais tradicionais. Ou seja, ainda não se conseguiu traduzir, devidamente, para a assistência de enfermagem, realizada nos dias de hoje, a importância do conceito de conforto pelo fato desse se tratar de um conceito subjetivo que permeia todo cuidado de enfermagem.

Atualmente, o maior expoente nessa temática trata-se da teoria de Katharine Kolcaba, autora que na atualidade se preocupa com a questão do cuidado de enfermagem na vertente do conforto. Seus pressupostos serviram de inspiração para novas reflexões acerca do conforto, destacando-se, no âmbito da literatura nacional, as pesquisas de Silva (2008).

Na construção de sua teoria, Kolcaba apoiou-se em três teorias de enfermagem para chegar à sua entendida definição de conforto, quais sejam: de **alívio**, sintetizada a partir de conceitos de Orlando (1961), que afirmava ser as enfermeiras responsáveis por aliviar as necessidades expressadas pelos doentes; de **tranquilidade**, sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze funções básicas dos seres humanos que devem ser mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático; e de **transcendência**, extraída de proposições de Paterson e Zderad (1976), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Com base nestas três teorias, Kolcaba criou sua própria teoria, testada em um estudo no qual se observaram as necessidades de conforto da clientela resultantes de situações de cuidados de saúde e provocadoras de tensão. Essas necessidades não podiam ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais associados a um diagnóstico de câncer de mama (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Os resultados revelaram uma diferença significativa no conforto, ao longo do tempo, entre as mulheres que receberam uma assistência holística e o grupo atendido por cuidados tradicionais. Após consultas em literaturas específicas sobre Holismo, Kolcaba pôde classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado. São eles: físico, psicoespiritual, social e ambiental.

Neste sentido, o conforto, de acordo com a teoria de Kolcaba (2003), é a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental).

Kolcaba utilizou-se do apoio em três teóricos de enfermagem para chegar à sua entendida definição de conforto. Por outro lado, a autora teve de buscar em outras áreas do conhecimento as condições necessárias para aliar as noções de alívio, de tranquilidade e de transcendência. Então, concluiu que era necessária uma estrutura conceitual mais geral, abstrata, que fosse coerente com o conforto e que, possivelmente, contivesse um número considerável de construções abstratas aplicáveis.

Em relação às reflexões iniciadas por Silva (2008), que, em sua tese de doutoramento buscou conceituar o conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar, pode-se constatar que os tipos de conforto identificados pelos próprios sujeitos da pesquisa foram a tranquilidade, o alívio e a transcendência, sendo possivelmente

promovidos, mantidos e experimentados pelos clientes quando são cuidados. Isso vai ao encontro dos preceitos de Kolcaba. O mesmo foi observado em relação aos contextos.

Foi possível perceber nos relatos dos sujeitos da pesquisa supracitada que eles demonstraram que o conforto pode ocorrer no ambiente, no social, no físico e no plano psicoespiritual. Porém ambos creditaram ao ambiente a maior justificativa quando o assunto é o des(conforto).

O conforto é um termo qualificador do cuidado de enfermagem, uma vez que o cuidado prestado irá se manifestar no corpo do cliente (SILVA, 2008).

Neste contexto, a Teoria do conforto possui como pressupostos (*op cit*):

1. Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
2. O conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem;
3. Os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
4. O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem o comportamento de procura da saúde - HSB (Health seeking behaviors) - por escolha própria;
5. Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente HSB estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
6. A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

E, como postulados, temos:

1. As enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas, concebem medidas para atender a essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado;
2. O conforto melhorado está direta e positivamente relacionado com o compromisso com o HSB, que é resultado posterior desejado;
3. Quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os HSB, tal como a sua reabilitação e/ou programa ou regime de recuperação, a integridade institucional também é melhorada.

Nem todo cuidado de enfermagem é confortante, porém previsível de conforto. Em contrapartida, todo conforto na Enfermagem é resultante de um cuidado de enfermagem. É

através da assistência de enfermagem que a enfermeira e sua equipe colocam em prática os seus saberes, convergindo emoção à técnica, à beleza e ao conhecimento científico; nesse contexto, é possível reconhecer que o conforto poderá ser proporcionado e/ou mantido (SANTOS, 1964 apud SILVA, 2008).

A Teoria do Conforto tem, portanto, seu próprio estado de evolução e pode ser aplicada a qualquer situação de investigação em plano da prática de enfermagem. Neste caso, a Teoria pode ser aplicada também em Unidade de Tratamento Ambulatorial de Oncologia, como medida de conforto, através da criação de instrumentos que subsidiem a Consulta de Enfermagem.

No entanto, cabe ressaltar que a Teoria do Conforto, tal como idealizada por Kolcaba, é bastante recente e talvez pouco conhecida na prática investigativa na área da Enfermagem, carecendo ainda de consideração e reconhecimento no meio acadêmico.

3. METODOLOGIA

Com vistas a contemplar os objetivos propostos, apresenta-se um estudo metodológico cujo delineamento é descritivo, com uma abordagem quantitativa. Neste caso, cabe destacar a abordagem de Silva e Menezes (2001), para a qual a pesquisa descritiva visa a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou ao estabelecimento de relações entre variáveis.

De acordo com Vergara (2000), estudos descritivos expõem as características de determinada população ou fenômeno, estabelecem correlações entre variáveis e definem suas naturezas.

Para Triviños (1987), o estudo descritivo pretende descrever "com exatidão" os fatos e fenômenos de determinada realidade, de modo que é utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características e seus valores.

Sobre a abordagem quantitativa, Diehl (2004) afirma que esse tipo de pesquisa, pelo uso da quantificação por meio de técnicas estatísticas, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, evita possíveis distorções de análise e interpretação dos resultados, possibilitando uma maior margem de segurança.

Para Richardson (1989), esse método caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

O cenário foi composto por uma unidade ambulatorial de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro. Cabe destacar que essa unidade atende aproximadamente a 40 pacientes por semana.

A escolha do referido serviço deu-se pelo fato de ser a única instituição no município que dispunha do serviço de quimioterapia antineoplásica ambulatorial, ambiente no qual deveria ser realizada a pesquisa.

Os sujeitos foram clientes atendidos nessa unidade que autorizaram suas participações, conforme a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mediante assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE I), com base nos princípios da autonomia circunscrita à dignidade humana, da não-maleficência, da beneficência, da justiça e da equidade. Alguns desses princípios são: garantia do anonimato; subscrição do termo de consentimento livre e esclarecido, ausência de ônus ou bônus, direito

à desistência a qualquer momento da pesquisa etc. Dessa forma, foram atendidos os preceitos éticos e legais que circunscrevem a pesquisa que envolve seres humanos.

O princípio da autonomia consiste na premissa de que toda pessoa é responsável pelos seus atos, e que a sua vontade e o seu consentimento devem prevalecer, tendo o direito de querer ou não participar da pesquisa; além disso, existe a possibilidade de desistir de participar em qualquer momento que assim desejar. O princípio da não-maleficência consiste no sentido de que a pesquisa não deve causar qualquer tipo de dano ao sujeito. O princípio da beneficência refere-se à obrigatoriedade da promoção do bem-estar do sujeito, garantindo o máximo de benefícios e o mínimo de danos. O princípio da justiça remete à equidade, no sentido de garantir a divisão justa, igualitária e universal dos benefícios que a pesquisa proporcionar (SHIRATORI, TEIXEIRA, SILVA, *et* al, 2004).

Vale destacar que essa pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, sendo devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, CAAE: 38846514.9.0000.5285 (ANEXO I).

Os critérios de inclusão definidos foram: i) indivíduos adultos que se encontravam em tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial, tendo ou não sido submetidos a cirurgia, ii) indivíduos que dominavam a língua portuguesa, pois era necessário saber ler, escrever e ter capacidade cognitiva para responder ao questionário.

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico acidental ou de conveniência no qual, como diz Fortin (1996), os sujeitos são incluídos à medida que se apresentem num local preciso. O tamanho da amostra foi selecionado tendo em vista o "caminho do esforço mínimo", que, de acordo com Hill (2005), é condicionado pelo tempo limite determinado para a coleta de dados, pela disponibilidade dos sujeitos encontrados no local e no momento definidos, além de sua vontade em participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados (ANEXO II) utilizado foi composto por duas partes: a primeira explorou as questões sociodemográficas, e a segunda aplicou a Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ), de Gameiro e Apóstolo (2006), construída com base no modelo operacional do conforto de Kolcaba.

No que tange às questões da avaliação sociodemográfica, o questionário foi composto por 2 questões dicotômicas, 2 de escolha direcionada e 6 questões abertas.

No tocante à Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ), cabe destacar que ela derivou do questionário geral de conforto, validado por Gameiro e Apóstolo, constituído por 33 afirmações (APOSTOLO, 2006).

As afirmações foram apresentadas pela positiva e negativa (itens invertidos). Cada afirmação avaliava o conforto num estado e contexto específicos, de forma a verificar todos os seus domínios, conforme pode ser visualizado no quadro abaixo que apresenta a distribuição das afirmações, de acordo com a estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba:

Estado de conforto / Contexto do conforto	**Alívio**	**Tranquilidade**	**Transcendência**
Físico	*2*, 21*, 32*	*4, 31, 33*	*8*, 13, 14*
Psico-Espiritual	*1, 11*, 16**	*15*, 25, 29**	*5*, 9, 18*
Ambiental	*20, 27*,28*	*7*, 17*, 30*	
Social-Cultural	*3, 23*, 24**	*6, 12, 22**	*10,19, 26*

Figura 1- Distribuição de itens EACDQ (Adaptado de Gameiro e Apóstolo, 2006)

*** item invertido**

A escala é do tipo Likert em que os participantes atribuirão ao grau de conforto/desconforto a pontuação de 1 a 5 para cada uma das afirmações, variando da seguinte forma:

1 – Não corresponde nada ao que ocorre comigo/é totalmente falso
2 – Corresponde pouco ao que ocorre comigo
3 - Corresponde bastante ao que ocorre comigo
4 - Corresponde muito ao que ocorre comigo
5 - Corresponde totalmente ao que ocorre comigo/é totalmente verdadeiro

Para medir os níveis de conforto totais e parciais, de acordo com os contextos e estados de conforto, e facilitar o tratamento dos dados e análise de correlação das variáveis de caracterização, foram determinados, pelos autores que elaboraram a EACDQ, os valores máximo e mínimo dos escores para as 33 questões do questionário. Assim, obtiveram:

a) Conforto Total = o escore total, soma nas 33 questões dos scores, varia entre 33 e 165 (33 questões);
b) Contexto Físico, Contexto Psico-Espiritual e Contexto Social-Cultural = o escore parcial varia entre 9 e 45 (9 questões);

c) Contexto Ambiental = o escore varia entre 6 e 35 (6 questões);

d) Estado de alívio e Estado de tranquilidade = o escore podem variar entre 12 e 60 (12 questões);

e) Estado de transcendência = o escore parcial, para o contexto físico, varia entre 9 e 45 (9 questões).

O questionário foi analisado utilizando estatística descritiva. Os dados quantitativos podem ser classificados pelo nível de mensuração, que determina a forma como tratamos os dados. No presente estudo, os dados são do tipo nominal que, de acordo com Polit (2006:311),

> "*envolvem simplesmente o uso de números para categorizar as características. (...) Os números atribuídos na mensuração nominal não transmitem informação quantitativa" e ordinal visto que "classificam os objetos segundo a sua posição relativa em um atributo específico. (...) A mensuração ordinal não diz, entretanto, quanto um nível do atributo é maior do que o outro.*"

A estatística descritiva tem como objetivo descrever e sintetizar os dados de uma variável de cada vez, utilizando medidas de tendência central e de variabilidade, das quais utilizamos a média (X), a moda (M_O), e o desvio padrão (S).

Após a devida obtenção dos dados, iniciaram-se os processos de compilação e análise com o auxílio do programa Bioestat 5.0, cuja licença gratuita está disponibilizada *online*.

A discussão dos dados produzidos foi feita com base na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Com a finalidade de contemplar o terceiro objetivo da presente pesquisa, após a obtenção e análise dos dados, foram elaborados os instrumentos que nortearam a consulta de enfermagem. São eles: roteiro para consulta de enfermagem e folheto informativo com orientações sobre o tratamento quimioterápico.

4. RESULTADOS

O processo de desenvolvimento deste trabalho ocorreu por meio da realização de três etapas, quais sejam: o levantamento bibliográfico sobre a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica; a descrição dos fatores associados pelos clientes oncológicos, em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto; e, como produto deste estudo, a construção de um roteiro para a consulta de enfermagem em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, além do desenvolvimento de um folheto informativo sobre as principiais necessidades que poderão surgir durante o tratamento quimioterápico.

4.1 - Levantamento bibliográfico sobre a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica

Como forma de embasar teoricamente esta pesquisa, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico com o intuito de verificar as abordagens dos autores que pesquisam na área de enfermagem oncológica acerca do conforto. Convém destacar que, dessa atividade, resultou um artigo científico intitulado "O conforto na Enfermagem Oncológica: uma revisão de literatura", que até o presente momento se encontra no prelo (APÊNDICE II).

No decorrer da presente atividade, foram realizadas buscas nas bases indexadoras Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo. Da mesma forma, as buscas foram norteadas pelos agrupamentos dos descritores selecionados, que se deram da seguinte maneira: Enfermagem/Oncologia/Conforto, Enfermagem/Conforto, Enfermagem/Oncologia e Oncologia/Conforto.

O processo de busca dos artigos teve início na BVS com a utilização do agrupamento dos descritores Enfermagem/Oncologia/Conforto, sendo encontrados 16 artigos; entretanto, após a verificação sob a perspectiva dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados apenas 4 artigos. Na sequência, foi utilizado o agrupamento dos descritores Enfermagem/Conforto, e foram encontrados 1427 artigos, dos quais foram selecionados apenas 7 artigos. Posteriormente, procurou-se pelos termos Enfermagem/Oncologia e foram obtidos um total de 1326, sendo selecionados 8 artigos. Ao final, realizou-se a busca com o agrupamento Oncologia/Conforto, sendo obtidos 104 artigos com seleção de 1 (uma) pesquisa.

Na base de dados Scielo, os resultados se apresentaram em agrupamentos (encontrados/selecionados) da seguinte maneira: Enfermagem/Oncologia/Conforto (2/0); Enfermagem/Conforto (47/3); Enfermagem/Oncologia (66/7); e Oncologia/Conforto (2/0).

Ao final da verificação, foram selecionados 20 artigos, que propiciaram a criação do banco de dados. Os artigos se encontram organizados em um quadro analítico (quadro 1 a seguir) contido das seguintes variáveis: periódico, ano, área temática, metodologia e resultados.

Periódico	Ano	Área	Método	Resultados
Revista Brasileira de Cancerologia	2013	Saúde da criança	Documental, descritiva, quantitativa.	Verificou-se incidência de 13,1% de complicações relacionadas ao uso do Port-a-Cath, sendo 6,6% para complicações precoces, e igual percentual para complicações tardias associadas a processos infecciosos. Três dos quatro cateteres retirados por infecção (75%) haviam sido implantados em pacientes com diagnóstico de leucemia. O tempo médio de permanência do cateter foi de 506,3 dias (23-1.335dias).
Revista Brasileira de Enfermagem	2012	Oncologia Ambulatorial	Qualitativo.	As necessidades do familiar para a criança em tratamento são: estímulo para o rodízio entre os membros da família como cuidador da criança; orientação e treinamento para os diferentes membros da família que acompanham as crianças; conforto para o familiar permanecer ao lado da criança; autonomia para o familiar; acolhimento ao irmão saudável; ambiente que proporcione aproximação entre os pais separados para apoiar o filho em tratamento.
Escola de Enfermagem Anna Nery	2012	Saúde da criança	Fenomenológico.	Na análise compreensiva surgiram duas categorias: conforto e minimização da dor. A partir dessas ações direciona-se o cuidar para o familiar ali presente, com o intuito de apoiá-lo, proporcionando atitudes de carinho, afeto e respeito.
ACTA	2009	Saúde da criança	Descritivo, qualitativo.	Permitiu-se compreender que os procedimentos intrusivos geram ansiedade, preocupação, medo e dor às crianças, assim como que elas reconhecem a importância dos procedimentos, dos medicamentos, da realização dos exames físico e laboratoriais para o tratamento; reconhecem as vantagens da utilização do Port-a-Cath, mas que sua utilização é fonte de ansiedade, limitações e preocupações, especialmente as relacionadas ao risco de infecção, e que se sentiram felizes, confortadas e fortalecidas com o brincar.
Revista de Enfermagem UERJ	2008	Oncologia clínica	Qualitativo e exploratório.	Os resultados apontaram para os seguintes significados de conforto: estar no lar, interação com familiares e amigos e estar sem dor para os jovens; saúde e carinho para os adultos; e equilíbrio físico, mental, emocional e bem-estar para as enfermeiras. O conforto assumiu diferentes significados, dependendo dos momentos vivenciados,

				tanto para a pessoa com câncer, como para as enfermeiras.
RevRene	2012	Oncologia clínica	Qualitativa.	Apreendeu-se que as atividades lúdicas ajudam os pacientes a enfrentarem a doença, facilitam a interação com a equipe multiprofissional, além de proporcionar um ambiente acolhedor e alegre. Observa-se, ainda, que as atividades mais aceitas foram a música e brincadeiras realizadas pelos palhaços. Sugere- se, por isso, implementar a humanização da assistência utilizando-se de recursos lúdicos.
Einstein	2010	Espirituali dade	Exploratório e descritivo.	Na escala de bem-estar espiritual, 76,6% dos enfermeiros apresentaram escores positivos. Na subescala de bem-estar existencial, 80% apresentaram escores positivos e na de bem-estar religioso 76,6% obtiveram escores positivos. Na Escala de bem-estar Espiritual, a média geral foi 107,26, e para as subescalas de bem-estar existencial e religioso as médias foram de 54,4 e 53,2, respectivamente. A grande maioria respondeu afirmativamente sobre a importância de oferecer ao paciente uma assistência espiritual, e 40% dos enfermeiros ofereceram como justificativa "para proporcionar bem-estar e conforto ao paciente". A maioria dos enfermeiros referiu não ter recebido uma formação profissional para prestar uma assistência espiritual ao paciente em nenhum dos cursos de Enfermagem que concluíram.
Einstein	2010	Oncologia clínica	Descritivo-exploratória. Quali-quantitativa.	Os fatores que mais contribuíram para a humanização foram carinho, simpatia e sorriso, e os que dificultaram foram mau humor, barulho e não ser prontamente atendido.
Revista Latino Americana de Enfermagem	2001	Oncologia clínica	Qualitativo.	Os resultados mostram que os enfermeiros têm dificuldades em desenvolver o cuidado com o paciente devido à falta de conhecimentos específicos sobre o câncer, dor crônica e sua terapêutica, como também, nas habilidades expressivas para promoverem o apoio psicológico adequado.
Revista Latino Americana de Enfermagem	2002	Oncologia Ambulatorial	Qualitativa.	Os resultados apontam as seguintes dificuldades: alteração no cotidiano familiar; comunicação ineficiente; alteração da auto-imagem e reação adversa à quimioterapia.

Revista Escola de Enfermagem USP	2013	Saúde da criança	Qualitativa.	A análise dos dados permitiu a identificação de cinco categorias: sentir-se sem autonomia para a tomada de decisão; cuidar da família; oferecer conforto físico; valorizar o cuidado humanizado e aprender a lidar com a morte e o morrer.
Escola de Enfermagem Anna Nery	2005	Oncologia Ambulatorial	Descritivo, qualitativo.	Os resultados revelaram como fatores de bem-estar: atitude carinhosa da equipe e, conforto da sala de aplicação de quimioterapia; como fator de mal-estar: desconforto da sala de espera.
Revista Brasileira de Enfermagem	2011	Oncologia clínica	Descritivo.	Foram citados pelos sujeitos 25 incidentes críticos, sendo nove sentimentos negativos, três positivos e 13 com ambos. Concluiu-se que os enfermeiros que relataram intervenções de caráter humano, demonstraram sentimentos positivos, reconhecendo a importância das respectivas ações de enfermagem para oferecer uma assistência humana.
Revista Brasileira de Enfermagem	2003	Oncologia clínica	Fenomenológico.	Constituiu-se numa possibilidade de refletir com a equipe de trabalho, acerca da assistência prestada aos clientes à luz das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a ótica da abordagem humanística e suas propostas metodológicas.
Escola de Enfermagem Anna Nery	2009	Saúde da criança	Descritiva-exploratória, qualitativo.	Percebemos que o cuidar da criança com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional, e que os cuidados voltam-se para a promoção do conforto, pelo alívio da dor e dos sintomas, além do atendimento às necessidades biopsicossociais e espirituais, e do apoio à família.
ACTA	2008	Oncologia Ambulatorial	Qualitativa, exploratória e descritiva.	O discurso dos sujeitos revelou que o cuidado de enfermagem sustenta-se em princípios próprios da relação humana, como amizade, carinho, atenção, tolerância e solidariedade. Destacou que as ações da enfermeira conjugam atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana como alicerce da interação no cuidado.
Revista Latino Americana de Enfermage	2004	Oncologia Ambulatorial	Qualitativa.	Os resultados convergiram para os seguintes temas: rotina da intratecal; medo, dor e fantasias e estratégias de alívio. Quanto às implicações para a enfermagem, identificou-se que a informação é vital para

m				crianças/adolescentes com câncer, pois ela poderá minimizar incertezas e sentimentos negativos, levando-os a colaborar e a participar do tratamento.
Texto e Contexto Enfermagem	2013	Oncologia clínica	Qualitativa.	Os resultados são apresentados por meio das temáticas: características do Núcleo de Cuidados Paliativos, sua equipe e a interação inicial desta com o paciente e familiares; e os modos de cuidar, a importância da abordagem da dor e da comunicação.
Texto e Contexto Enfermagem	2013	Saúde da criança	Exploratório-descritivo, qualitativo.	Os resultados apontaram para o fenômeno "Desvelando o cuidado humanizado dispensado à família e à criança com câncer". Os elementos teóricos emergiram das descrições de eventos clínicos ou situações apresentadas pelos enfermeiros.
Journal Health Science Inst.	2011	Saúde da criança	Exploratório, descritivo e qualitativo.	O estabelecimento e valorização do vínculo de confiança e amizade entre profissional, criança e família foram os meios utilizados pela enfermagem no cuidado humano à criança. Foram achados fatores que dificultam a busca da assistência humanizada como a não cooperação de alguns pais frente aos cuidados prestados e o ambiente pouco acolhedor oferecido à criança e família. Entretanto, há fatores que facilitam a assistência como a empatia do profissional de enfermagem com o setor de oncologia e a visão da criança de que este exerce um cuidado muito importante durante a hospitalização.

Tabela 1. Matriz dos dados.

Silveira e Zago (2006) apontaram a inexistência de um periódico específico da Enfermagem voltado para cancerologia, o que pode estar dificultando de alguma maneira a criação e a disseminação desse conhecimento.

Convém destacar que, paralelamente à pesquisa supracitada, a Revista Latino-americana de Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem, cada uma responsável por 15% das publicações, representaram 2/3 das revistas que mais publicaram na área de interesse do presente estudo, juntamente com a revista da Escola de Enfermagem Ana Nery.

Segundo Avanci, Carolindo, Góes e Netto (2009), no tocante às áreas de conhecimento, o sofrimento com a situação de morte iminente da criança com câncer tem

sensibilizado os pesquisadores, o que pode ser percebido pelo elevado número de pesquisas nesta área.

De acordo com Monteiro, Rodrigues e Pacheco (2012), o processo de cuidar sem a possibilidade de cura é também objeto de investigação de outro estudo, em que os autores dissertaram sobre a conduta dos enfermeiros, ao realizarem o cuidado à criança portadora de doença oncológica e fora de possibilidade de cura. Esses profissionais enfatizavam, nessa ação de cuidar, a necessidade de confortar a criança diante do seu estado de adoecimento, promovendo a realização de atitudes que envolviam a família no processo de cuidar.

Ainda conforme os estudos de Avanci, Carolindo, Góes e Netto (2009), o cuidado à criança sem possibilidade de cura deverá se dar normalmente, assim como ocorre quando o objetivo terapêutico ainda é a cura, além da promoção do conforto à criança,

Vargas, Vivian, Vieira *et al*. (2013) destacam o quanto se faz necessária a criação de unidades para o devido atendimento aos pacientes sem possibilidade de cura. Nesse ambiente, o cuidado deve ser norteado por uma lógica que seja deslocada da cura para o objetivo do conforto e para a qualidade das relações estabelecidas entre a equipe e paciente-família.

Pedrão e Beresin (2010) identificaram que os enfermeiros possuem escores positivos em relação ao seu bem-estar espiritual e consideram importante oferecer ao paciente uma assistência espiritual. Entretanto, eles não possuem preparo para abordar o tema junto aos seus clientes.

Sobre assistência humanizada ao paciente oncológico na área de saúde da criança, Santos, Misko, Poles e Bousso, (2013) defendem que o cuidado envolve o fortalecimento do vínculo entre o profissional, a família e a criança, sendo necessário empenho para estabelecer um relacionamento com empatia e criatividade. O enfermeiro deve investir na comunicação e realizar reuniões com a equipe para pensar no cuidado oferecido, a fim de assegurar da melhor forma as necessidades da família.

Os meios utilizados pela enfermagem se traduzem em valorização do vínculo de confiança e amizade entre o profissional de enfermagem, a criança em tratamento oncológico e os seus familiares, em especial a mãe, segundo os postulados de Maranhão, Melo, Vieira, Veloso e Batista (2011). Isto é, esse vínculo contribui para humanizar a assistência prestada, pois permite que o profissional transcenda o aspecto físico do câncer, prestando cuidados que entendam o paciente enquanto ser humano.

Entretanto, apesar de haver meios utilizados pela enfermagem para realizar um cuidar mais humanizado à criança com câncer, existem fatores que dificultam esse caminhar. Em algumas situações, há incompreensão e não cooperação dos pais frente aos cuidados

prestados. Isso se explica pelo fato da doença também causar ansiedade e estresse nos pais os quais passam por problemas durante a internação de seus filhos.

Na temática referente ao cateter Port-a-Cath, uma pesquisa de Ortolani, Gasparino e Traldi (2013) revelou que a incidência de complicações associadas ao implante e ao uso dos cateteres totalmente implantáveis, de longa permanência, do tipo Port-a-Cath, em crianças e adolescentes em tratamento de doença oncológica e hematológica, foi de 13,1%. Para as complicações precoces, a incidência foi de 6,6%, percentual igual ao das complicações tardias, todas associadas a processos infecciosos.

Segundo Ribeiro, Coutinho, Araújo e Souza (2009), a implantação do Port-a-Cath proporciona muitos benefícios à criança, como a diminuição da frequência de punção periférica, da dor subsequente e dos efeitos adversos das medicações. Isso não impede que a criança experiencie preocupações, medos e ansiedade relacionados ao uso do cateter.

Sobre a necessidade do familiar, Gomes, Amador e Collet (2012) identificaram, por meio do relato das crianças, lacunas existentes no cotidiano dos familiares que as acompanhavam durante a quimioterapia ambulatorial. Essa descoberta foi essencial para fundamentar o cuidado de enfermagem centrado na criança e na família, Tal cuidado deve contar com o estímulo para o rodízio de cuidadores da criança entre os membros da família; a orientação e o treinamento para diferentes membros da família que acompanham as crianças no tratamento ambulatorial; conforto para o familiar permanecer ao lado da criança durante as horas de tratamento; autonomia para o familiar durante as infusões das medicações; acolhimento ao irmão saudável; ambiente que proporcione aproximação entre os pais separados que apoiam o filho em tratamento.

Costa e Lima (2002) abordaram as dificuldades dos pais com filhos após a realização da quimioterapia ambulatorial. Dentre elas, estão: o ciúme entre os irmãos saudáveis e a criança/adolescente com câncer; o alto custo do tratamento; as longas jornadas entre o trajeto do domicílio e o ambulatório; a superproteção do filho doente; a comunicação ineficiente entre os pais e a equipe de saúde; a alteração da autoimagem do filho doente; a interrupção do processo de escolarização do filho doente e as manifestações físicas decorrentes da administração de quimioterápicos antineoplásicos (fadiga, depressão, náuseas, vômitos, mucosite, anorexia e perda de peso).

Na área de oncologia clínica, a temática com maior destaque foi a que refletia sobre a assistência humanizada ao cliente oncológico. O estudo de Brito e Carvalho (2010) abordou os fatores facilitadores e dificultadores na humanização do atendimento em pacientes com internação de longa duração. Eles verificaram que os fatores que mais contribuíram para a

humanização foram carinho, simpatia e sorriso; e os que dificultaram foram mau humor, barulho e ausência de pronto-atendido.

Costa, Lunardi e Soares (2003) revelaram a dificuldade de se humanizar a assistência, uma vez que os próprios profissionais que trabalham em oncologia estão expostos, no cotidiano do seu trabalho, a situações geradoras de conflitos que, muitas vezes, são transferidos para as relações interpessoais.

4.2 – Fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial

A segunda etapa da pesquisa constituiu-se na descrição dos fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto. Ao término desta etapa, foi produzido o artigo científico "O conforto sob a perspectiva dos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial" que se encontra no prelo (APÊNDICE III).

Após a devida obtenção dos dados, enveredou-se pela compilação e análise desses. Seguem abaixo os seguintes resultados.

Na análise sociodemográfica, verificamos que, na amostra de 30 entrevistados, 70% (21 entrevistados) correspondem ao sexo feminino e 30% (9 entrevistados) ao sexo masculino. Em relação à idade, obtivemos uma média de 49,5 anos, com desvio padrão de 14,87824, sendo o mínimo de 26 e o máximo de 79.

O diagnóstico mais destacado foi a Neoplasia de Mama com 14 entrevistados, seguido da Neoplasia de Cólon e do Linfoma Não Hodgkin com 3 entrevistados cada um. A Neoplasia de Pâncreas, a de Ovário e o Linfoma Hodgkin constituíram-se de 2 entrevistados cada. E, por fim, identificamos 1 entrevistado nas seguintes neoplasias: testículo, pulmão, útero e Sarcoma de Ewing.

O tempo de diagnóstico da doença em meses apresentou a média de 21, com desvio padrão de 31,61646699, sendo o mínimo de 2 e o máximo de 118.

Na variável tempo de tratamento quimioterápico em meses, identificamos média de 17, com desvio padrão de 27, 70345843, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 118.

Em seguida, iremos apresentar a análise do nível de conforto global (quadro 2) através dos tipos de contexto, de forma a verificarmos em que âmbito existem níveis de conforto mais ou menos elevados.

De acordo com o quadro abaixo, o contexto social-cultural apresentou a maior média entre os entrevistados (X=31,6; S=5,048), e o contexto ambiental representou a média mais baixa (X=17,2; S=3,453).

Quadro 2 – Conforto Total

CONTEXTO	MÍNIMO	MÁXIMO	X	S
Físico	17	36	27,36666667	5,333684764
Psico-Espiritual	18	40	28,43333333	4,438727166
Ambiental	10	25	17,2666667	3,453467356
Social-Cultural	19	43	31,6	5,048728075
Total	80	136	104,6666667	10,90818526

Fonte: instrumento de coleta de dados

Na análise descritiva do nível de conforto para cada uma das 33 questões da escala, verificou-se que, em todas as questões, foram assinalados os valores máximo e mínimo, respectivamente 5 e 1.

A seguir, serão apresentados os resultados em relação aos contextos do conforto, cujas análises levaram em consideração que existem questões positivas e negativas, inversamente proporcionais, compondo cada um deles. Considera-se que, desta forma, será possível identificar as necessidades de conforto expressadas pelos sujeitos.

O quadro 3 apresenta o nível de conforto no contexto físico, no qual se pode verificar que as maiores médias das questões negativas foram: Q2 “As náuseas são difíceis de suportar” (X=2; M_O=2; S=1,170); Q8 “Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico” (X=2,2; M_O=1; S=1,510) e Q21 “Sinto uma má disposição física que me impede de descansar” (X=2,4; M_O=1; S=1,524).

Nas positivas, encontramos as menores médias nas questões a seguir: Q31 “Sinto o meu corpo relaxado” (X=3,3; M_O=4; S=1,534); Q32 “Neste momento já me sinto com energia e vigor físico” (X=3,3; M_O=3; S=1,342); Q33 “Sinto-me fisicamente bem” (X=3,4; M_O=5; S=1,5).

Quadro 3 – Contexto Físico

QUESTÃO	X	Mo	S
EACDQ 2	2	2	1,1700631
EACDQ 4	3,6	5	1,4994252
EACDQ 8	2,2	1	1,5104997
EACDQ 13	3,6	5	1,3767361
EACDQ 14	4,1	5	1,0806554
EACDQ 21	2,4	1	1,5241353
EACDQ 31	3,3	4	1,5340392
EACDQ 32	3,3	3	1,3429253
EACDQ 33	3,4	5	1,5004105

Fonte: instrumento de coleta de dados

Em relação ao contexto físico, Cataldo, Paul, Cooper *et al. (2013) e* Andrade, Sawada, Barichello (2013) apontam que o emagrecimento, associado à fraqueza e à fadiga, atinge em grande frequência os pacientes oncológicos.

Para Cataldo, Paul, Cooper *et al. (2013),* a doença e o tratamento são os responsáveis pelas alterações patológicas nos pacientes portadores de neoplasia maligna, pois atingem o sistema nervoso central, no centro da fome e da saciedade, podendo estimular a ingesta alimentar ou inibir a fome e, consequentemente, resultar na perda de peso e fraqueza.

Estudos como o de Andrade, Sawada e Barichello (2013) têm relacionado a fadiga com as consequências da doença que dependem do tratamento e do momento em que ele ocorre. Alguns mecanismos somáticos têm sido associados à fadiga, à desnutrição provocada pela anorexia, a alterações no metabolismo, a vômitos, a diarreia e a anemia, que pode levar ao cansaço durante o dia.

Biava (2012) refere que, ao discutir a etiologia da fadiga, a possibilidade da influência dos fatores psicológicos faz-se presente, como a depressão oriunda da preocupação diária com a fatalidade da doença. Logo, a depressão e a fadiga podem ocorrer concomitantemente.

A fadiga talvez seja a mais comum e debilitante resposta ao tratamento das pessoas acometidas pelo câncer, porque interfere diretamente na realização das atividades do dia a dia.

Cataldo, Paul, Cooper *et al. (2013) argumentam que a*s náuseas e os vômitos podem ocorrer horas depois da sessão de quimioterapia, mesmo com o uso da medicação antiemética, pois as células do trato gastrointestinal são afetadas. A severidade do vômito pode variar

conforme a medicação e a dose da quimioterapia, e ele poderá fazer com que o paciente se torne anorético, perca peso e se desidrate.

De acordo com Silveira, Kern e Chem (2012), a imagem corporal também foi destacada pelos sujeitos da pesquisa como uma necessidade, pois os pacientes com câncer lidam com alterações da imagem corporal ao longo da doença e do tratamento. A cirurgia, a queda dos cabelos, o emagrecimento e as alterações cutâneas são alguns dos efeitos que podem ameaçar a autoestima e a imagem corporal dos pacientes.

Majewski, Lopes, Davoglio *et al*. (2012) apontam que o ser humano, ao planejar sua vida, vislumbra um futuro feliz e promissor, almejando saúde e dinamismo. No entanto, quando se vê inserido em uma realidade diferente da planejada, que possa interferir na sua vaidade, autonomia, vontade de viver, autoconfiança e, principalmente, que venha a provocar mudanças significativas em sua imagem corporal, ele se sente derrotado perante o mundo.

Nos termos de Silveira, Kern e Chem (2012), a quimioterapia potencializa a possibilidade dos doentes prosseguirem com a vida; no entanto, os efeitos adversos do tratamento são responsáveis por transformações no corpo do doente que resultam em alterações na sua imagem corporal e autoestima. E, por conseguinte, o tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes, seguida de sentimentos conflituosos de dor, sofrimento, medo, frustração, angústia e desespero.

No quadro 4, são apresentadas as questões referentes ao contexto psico-espiritual, no qual podemos destacar as questões negativas que obtiveram as médias maiores: Q15 “As alterações que tenho vivido deixam-me receosa” ($X=2,6$; $M_O=2$; $S=1,399$) e Q29 “Tenho medo do que possa acontecer a seguir” ($X=2,6$; $M_O=2$; $S=1,548$). Em contrapartida, temos uma questão positiva que merece destaque: Q1 “Sei que o meu mal estar é passageiro”, na qual verificamos uma menor média ($X=3,8$; $M_O=5$; $S=1,487$).

Quadro 4 – Contexto Psico-Espiritual

QUESTÃO	X	Mo	S
EACDQ 1	3,8	5	1,487496
EACDQ 5	2,5	2	1,4789159
EACDQ 9	4,6	5	0,971431
EACDQ 11	2,1	1	1,3344618
EACDQ 15	2,6	2	1,3993313
EACDQ 16	2,1	1	1,4793599
EACDQ 18	4,6	5	0,9643055
EACDQ 25	4,2	5	1,2279807
EACDQ 29	2,6	2	1,5488753

Fonte: instrumento de coleta de dados

Tanto Popim e Boemer (2005), quanto Andrade, Sawada e Barichello (2013) defendem que o paciente oncológico, ao vivenciar uma doença que traz a probabilidade concreta de morte, tem para si aberto dois caminhos: fugir para o esquecimento, isto é, entregar-se à doença e perder-se na banalidade cotidiana ou imprimir seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo, assumindo seu estar autêntico no mundo.

Para Popim e Boemer (2005), sob o ponto de vista de uma pessoa com câncer, existir no mundo é percorrer um caminho que se inicia com o diagnóstico da doença e continua por toda a vida, estendendo-se para além das restrições do tempo e espaço do tratamento. Ou seja, é um ir e vir em busca da esperança de cura.

De acordo com Severo e Gorini (2009), o sofrimento oriundo do câncer proporciona significados de força e fraqueza, de vulnerabilidade e determinação, de resignação e coragem. Nessa condição, as pessoas se voltam a Deus pela primeira vez, ou mais frequentemente do que antes, pois acreditam que Ele sempre provê.

Conforme Severo e Gorini (2009), o significado que os pacientes atribuem ao fato de terem vivenciado o câncer está relacionado com a crença de que se trata de “sentir-se cada vez mais próximo de Deus”. Isso parece também sugerir uma necessidade ou vontade crescente de se aproximar dos outros, já significando uma forma de enfrentamento. Sendo assim, a busca por ajuda e conforto do paciente na fé, se existente, deve ser encorajada, pois a religião traz força e confiança para dar continuidade ao tratamento e sequência às atividades do dia a dia.

No quadro 5, podemos verificar que o nível de conforto para o contexto ambiental apresentou média mais elevada na seguinte questão negativa: Q7 “Os barulhos perturbam-me” (X=2,3; M_O=1; S=1,624). Em relação à questão positiva, destacamos: Q20 “Os cheiros já não me incomodam”, que, sendo uma questão afirmativa, apresentou uma média mais baixa neste contexto (X=3,2; M_O=5 S=1,618).

Quadro 5 – Contexto Ambiental

QUESTÃO	**X**	**M_O**	**S**
EACDQ 7	2,3	1	1,6244657
EACDQ 17	1,6	1	1,3767361
EACDQ 20	3,2	5	1,6180935
EACDQ 27	1,6	1	1,2827715
EACDQ 28	4,3	5	1,1547005
EACDQ 30	4,7	5	0,8495145

Fonte: instrumento de coleta de dados

Almeida, Umeoka, Viera *et al.* (2008) referem que a intolerância aos ruídos evidenciada pelos sujeitos se deve ao fato de que algumas drogas antineoplásicas utilizadas frequentemente no tratamento de diferentes tipos de câncer apresentam efeitos colaterais como a ototoxidade.

Na pesquisa de Almeida, Umeoka, Viera *et al.* (2008), verificou-se que as manifestações ototóxicas das substâncias consistem em zumbido e perda auditiva neurossensorial bilateral. Na maioria dos casos, moderadas perdas auditivas neurossensoriais bilaterais assintomáticas nas frequências altas são frequentemente encontradas.

Apresentamos, no quadro 6, que o nível de conforto relacionado ao contexto social-cultural alcançou médias acima do score 4 para todos os itens positivos. Sendo a Q26 “O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento” (X=4,2; M_O=5; S=1,272) aquela que obteve a menor média, com maior variância dentre as outras. No entanto, o item negativo que apresentou a maior média foi a Q24 “Sinto-me dependente dos outros” (X=2,1; M_O=1; S=1,455).

Quadro 6 – Contexto Social-Cultural

QUESTÃO	X	Mo	S
EACDQ 3	4,3	5	1,184187
EACDQ 6	4,3	5	1,24106
EACDQ 10	4,7	5	0,8407714
EACDQ 12	4,6	5	0,7310209
EACDQ 19	4,8	5	0,7394579
EACDQ 22	1,7	1	1,3012001
EACDQ 23	1,9	1	1,5959719
EACDQ 24	2,1	1	1,4558641
EACDQ 26	4,2	5	1,2720981

Fonte: instrumento de coleta de dados

Segundo Dell´Aringa (2010), viver e conviver com câncer continua sendo um fato social significativo, pois possui conotações maléficas, gerando modificações importantes nas relações sociais do doente e na dinâmica familiar.

O doente e sua família buscam, nas suas potencialidades individuais, o apoio que necessitam para seguir a vida e superar os obstáculos impostos pela doença.

Ainda com base nos estudos de Severo e Gorini (2009), entende-se que família seja a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar apresenta-se de forma interligada, como se fosse uma extensão um do outro.

O surgimento de uma doença grave, responsável por modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas, faz com que o apoio familiar se intensifique ao ponto de se tornar essencial frente aos obstáculos que poderão surgir.

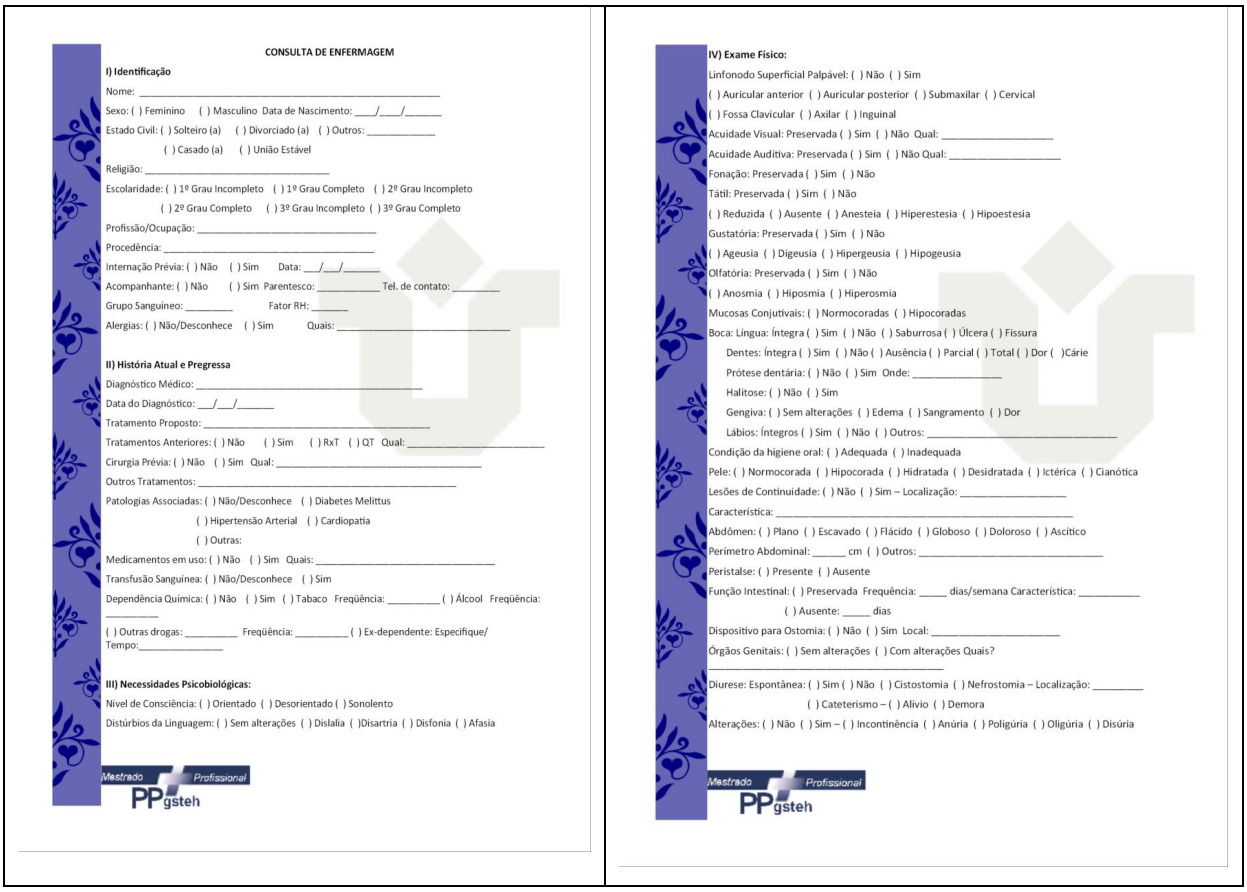
Severo e Gorini (2009) referem que a presença constante e o carinho de familiares e amigos fazem o paciente, portador de câncer, sentir não só a proximidade como também o apoio dos seus. Esse estreitamento dos laços familiares encoraja o paciente, diminuindo a sensação de vulnerabilidade e a incapacidade provocada pela doença.

Para Pereira, Carneiro, Pinto *et al.* (2015), o acolhimento da família ao indivíduo com câncer se faz elemento fundamental no processo de enfrentamento à doença, pois fornece segurança ao paciente, contribuindo para sua autoestima, autoconfiança, recuperação física e retorno às atividades sociais.

4.3 – Elaboração do produto final

Ao final, como produto deste estudo, construímos um roteiro para a consulta de enfermagem a pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial (APÊNDICE IV) e um folheto informativo sobre as principais dúvidas que surgem durante o tratamento quimioterápico (APÊNDICE V).

Uma pré-visualização do roteiro pode ser verificada, a seguir, nas figuras 2 e 3. O mesmo roteiro também pode ser visualizado na íntegra no apêndice IV.



CONSULTA DE ENFERMAGEM

I) Identificação

Nome: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de Nascimento: ___/___/_____

Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Outros: _____

( ) Casado (a) ( ) União Estável

Religião: _____

Escolaridade: ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto

( ) 2º Grau Completo ( ) 3º Grau Incompleto ( ) 3º Grau Completo

Profissão/Ocupação: _____

Procedência: _____

Internação Prévia: ( ) Não ( ) Sim Data: ___/___/_____

Acompanhante: ( ) Não ( ) Sim Parentesco: _____ Tel. de contato: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Alergias: ( ) Não/Desconhece ( ) Sim Quais: _____

II) História Atual e Pregressa

Diagnóstico Médico: _____

Data do Diagnóstico: ___/___/_____

Tratamento Proposto: _____

Tratamentos Anteriores: ( ) Não ( ) Sim ( ) RxT ( ) QT Qual: _____

Cirurgia Prévia: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____

Outros Tratamentos: _____

Patologias Associadas: ( ) Não/Desconhece ( ) Diabetes Melittus

( ) Hipertensão Arterial ( ) Cardiopatia

( ) Outras:

Medicamentos em uso: ( ) Não ( ) Sim Quais: _____

Transfusão Sanguínea: ( ) Não/Desconhece ( ) Sim

Dependência Química: ( ) Não ( ) Sim ( ) Tabaco Freqüência: _____ ( ) Álcool Freqüência: _____

( ) Outras drogas: _____ Freqüência: _____ ( ) Ex-dependente: Especifique/ Tempo:_____

III) Necessidades Psicobiológicas:

Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sonolento

Distúrbios da Linguagem: ( ) Sem alterações ( ) Dislalia ( )Disartria ( ) Disfonia ( ) Afasia

Mestrado Profissional PPgsteh

IV) Exame Físico:

Linfonodo Superficial Palpável: ( ) Não ( ) Sim

( ) Auricular anterior ( ) Auricular posterior ( ) Submaxilar ( ) Cervical

( ) Fossa Clavicular ( ) Axilar ( ) Inguinal

Acuidade Visual: Preservada ( ) Sim ( ) Não Qual: _____

Acuidade Auditiva: Preservada ( ) Sim ( ) Não Qual: _____

Fonação: Preservada ( ) Sim ( ) Não

Tátil: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Reduzida ( ) Ausente ( ) Anesteia ( ) Hiperestesia ( ) Hipoestesia

Gustatória: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Ageusia ( ) Digeusia ( ) Hipergeusia ( ) Hipogeusia

Olfatória: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Anosmia ( ) Hiposmia ( ) Hiperosmia

Mucosas Conjutivais: ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas

Boca: Língua: Íntegra ( ) Sim ( ) Não ( ) Saburrosa ( ) Úlcera ( ) Fissura

Dentes: Íntegra ( ) Sim ( ) Não ( ) Ausência ( ) Parcial ( ) Total ( ) Dor ( )Cárie

Prótese dentária: ( ) Não ( ) Sim Onde: _____

Halitose: ( ) Não ( ) Sim

Gengiva: ( ) Sem alterações ( ) Edema ( ) Sangramento ( ) Dor

Lábios: Íntegros ( ) Sim ( ) Não ( ) Outros: _____

Condição da higiene oral: ( ) Adequada ( ) Inadequada

Pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ictérica ( ) Cianótica

Lesões de Continuidade: ( ) Não ( ) Sim – Localização: _____

Característica: _____

Abdômen: ( ) Plano ( ) Escavado ( ) Flácido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Ascítico

Perímetro Abdominal: _____ cm ( ) Outros: _____

Peristalse: ( ) Presente ( ) Ausente

Função Intestinal: ( ) Preservada Frequência: _____ dias/semana Característica: _____

( ) Ausente: _____ dias

Dispositivo para Ostomia: ( ) Não ( ) Sim Local: _____

Órgãos Genitais: ( ) Sem alterações ( ) Com alterações Quais?

_____

Diurese: Espontânea: ( ) Sim ( ) Não ( ) Cistostomia ( ) Nefrostomia – Localização: _____

( ) Cateterismo – ( ) Alívio ( ) Demora

Alterações: ( ) Não ( ) Sim – ( ) Incontinência ( ) Anúria ( ) Poligúria ( ) Oligúria ( ) Disúria

Mestrado Profissional PPgsteh

Figura 2 – Roteiro de consulta de enfermagem (folhas 1 e 2)

Mobilidade e Locomoção:

Mobilidade: ( ) Sem Alterações ( ) Com Alterações Quais?_____

Locomoção: ( ) Sem Auxílio ( ) Com Auxílio ( ) Muleta ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas

Amputação: ( ) Não ( ) Sim – Local: _____

Órtese: ( ) Não ( ) Sim – Qual:_____

Próteses: ( ) Não ( ) Sim Quais:_____

Nutrição e Hidratação:

Peso: ____ Kgr; Altura: _____ cm; SC: _____ m; IMC: _____ Kg/m

Oral: ( ) Sem Auxílio ( ) Com Auxílio

Ingesta Alimentar: ( ) Total ( ) Parcial – Motivo:_____

Ingesta Hídrica: ( ) Adequada: +/- 8 copos/dia ( ) Inadequada: - 8 copos/dia

Cateteres: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Esofagostomia

( ) Nasogástrico ( ) Nasoentérico

Membros Superiores: Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

Membros Inferiores: Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

Condição de rede venosa: ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Calibrosa ( ) Palpável ( ) Impalpável

Acesso Venoso: ( ) Periférico ( ) Profundo – Cateter Totalmente Implantado

Local: _____ Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Sono e Repouso:

Padrão de sono: ( ) Sem Alteração ( ) Com Alteração ( ) Insônia ( ) Hipersonia ( ) Induzido

Estado Emocional: ( ) Tranqüilo ( ) Ansioso ( ) Assustado ( ) Choroso ( ) Agitado

( ) Irritado ( ) Triste ( ) Agressivo

Imagem Corporal:

Existe alteração da imagem corporal: ( ) Não ( ) Sim

Refere percepção alterada do corpo: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta respostas não verbais relacionadas à doença e suas consequências: ( )Não ( )Sim

Evita reconhecer e tocar o próprio corpo: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta verbalização auto negativa: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta expressões de vergonha: ( ) Não ( ) Sim

Verbaliza sentimentos de culpa: ( ) Não ( ) Sim

Avalia a si mesmo como incapaz: ( ) Não ( ) Sim

Auto Cuidado: ( ) Independente ( ) Dependente: ( ) Parcial ( ) Total

Atividades de lazer e recreação: ( ) Não ( ) Sim Quais: _____

Sinais Vitais:

FR: _____ irpm; Sat. O2: _____%; FC: _____ bpm; Tax: _____ºC; PA: _____ mmHg.

Mestrado Profissional PPgsteh

Orientações de Enfermagem:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ___/___/_____ _____

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

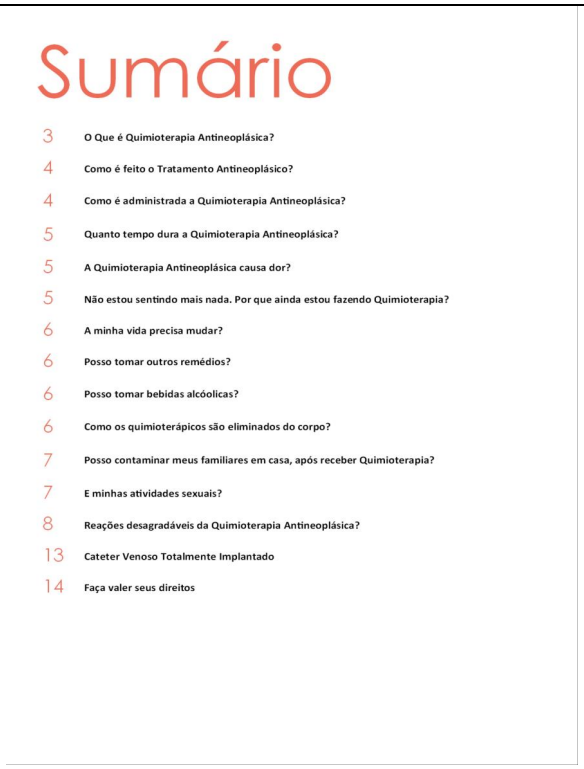
Autora: Lidiane da Fonseca Moura

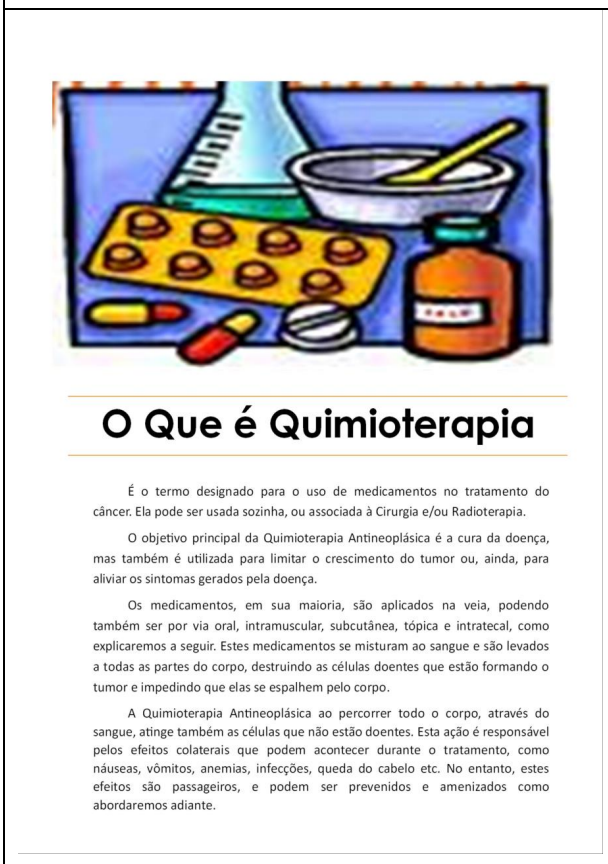
Contato: lidimoura@outlook.com

Mestrado Profissional PPgsteh

Figura 3 – Roteiro de consulta de enfermagem (folhas 3 e 4)

Em relação ao informativo, sua pré-visualização pode ser realizada nas figuras 4, 5, 6. O informativo também pode ser visualizado na íntegra no apêndice V.





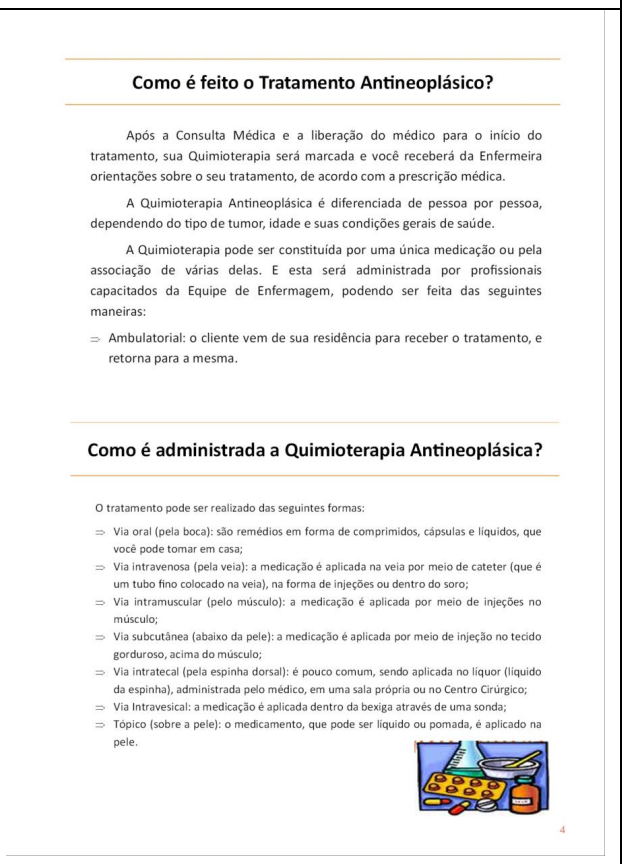


Figura 4 – Folheto informativo (folhas 1 e 4)

Quanto tempo dura a Quimioterapia Antineoplásica?

O tratamento antineoplásico é planejado de acordo com o tipo do tumor, estágio da doença e condições próprias do paciente. O conjunto destes dados definem os medicamentos e as quantidades que serão feitas.

As aplicações podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, obedecendo os intervalos estabelecidos pelo médico.

Não existe um prazo fixo em relação ao período de tratamento e a quantidade de vezes que o paciente fará a Quimioterapia Antineoplásica, pois cada organismo possui uma maneira própria de reagir aos medicamentos.

A Quimioterapia Antineoplásica causa dor?

A única dor que você deverá sentir é a da "picada" da agulha na pele, na hora de puncionar a veia para fazer a administração da quimioterapia. Algumas vezes, certos medicamentos podem causar uma sensação de desconforto, ardência, queimação, placas avermelhadas na pele e coceira.

Avise imediatamente ao profissional que estiver lhe atendendo se você sentir qualquer um destes sintomas.

Não estou sentindo mais nada. Por que ainda estou fazendo Quimioterapia?

O fato de você estar se sentindo assim, não significa que as aplicações devem ser suspensas. Significa que você está respondendo bem ao tratamento, e o seu médico indicará o momento em que as aplicações deverão terminar em função das características da sua doença.

A minha vida precisa mudar?

A sua vida não precisa mudar, e você poderá manter suas atividades de lazer e trabalho. Porém, é possível que você sinta necessidade de repousar nos primeiros dias após o tratamento.

Se você sentir que o tratamento está interferindo em seu trabalho e/ou lazer, converse com o seu médico.

Posso tomar outros remédios?

Caso tenha outros problemas de saúde, informe ao seu médico. A princípio não interrompa o uso dos seus remédios.

Se você precisar de Consulta Médica fora do Instituto, informe ao médico que você encontra-se em Tratamento Oncológico aqui no Instituto e sobre os remédios que estiver tomando. E avise também ao seu médico do Instituto sobre a

Posso tomar bebidas alcóolicas?

Você não está proibido de tomar bebidas alcoólicas, a não ser que esteja tomando antibióticos e tranquilizantes, porém é aconselhável parar ou diminuir o consumo durante o tratamento.

Como os quimioterápicos são eliminados do corpo?

Após fazer o efeito desejado, a medicação é eliminada do corpo principalmente através da urina, mas também pode ser encontrada nas fezes, vômito, suor, lágrima e sêmen.

Posso contaminar meus familiares em casa, após receber Quimioterapia?

Durante um período de cinco dias após o tratamento, alguns cuidados simples devem ser tomados: após urinar, adicione detergente líquido (lava louças) dentro do vaso sanitário, abaixe a tampa, aguarde cerca de três minutos e então dê duas vezes a descarga. O mesmo cuidado pode ser tomado para vômitos e/ou fezes.

E minhas atividades sexuais?

A Quimioterapia Antineoplásica não interfere necessariamente com as atividades sexuais. Estas atividades podem ser mantidas normalmente, porém alguns assuntos devem ser abordados:

- Uso de preservativos: a camisinha deve ser utilizada com rigor durante as relações sexuais, para proteger o casal caso ocorra eliminação de quimioterapia no sêmen ou secreção vaginal. Além disso, ela pode prevenir infecções caso esteja no período de baixa imunidade.
- Reprodução e Sexualidade: A Quimioterapia Antineoplásica pode causar efeitos indesejáveis como a suspensão temporária da menstruação, a menopausa precoce nas mulheres e a andropausa nos homens, levando a disfunções sexuais, ondas de calor, ressecamento vaginal e perda da libido.
- Gravidez: durante o tratamento quimioterápico a gravidez deve ser evitada, uma vez que os medicamentos podem causar má formação fetal. Consulte o seu médico quanto ao melhor método contraceptivo a ser usado durante seu tratamento.

Reações desagradáveis da Quimioterapia Antineoplásica?

Os quimioterápicos possuem a vantagem de se distribuir por todos os locais do corpo, destruindo as células doentes. No entanto, as células normais também são atingidas, podendo provocar alguns sintomas chamados efeitos colaterais.

Esses efeitos não são obrigatoriamente apresentados por todas as pessoas e variam de intensidade dependendo da resposta individual ao tratamento.

É importante que você comunique seu médico e enfermeira sobre os sintomas apresentados, para que eles o auxiliem durante este período.

Náuseas e vômitos

As medicações quimioterápicas podem causar irritação nas paredes do estômago e intestino, provocando enjôo e até mesmo vômito.

Esses sintomas podem ocorrer no dia da aplicação, podendo prolongar-se por um dia ou dois dias.

Recomenda-se:

- Tome o medicamento para evitar náuseas e vômitos, conforme prescrição médica, e não somente quando apresentar sintomas;
- Alimente-se em pequenas quantidades, várias vezes ao dia;
- Beba líquido de acordo com sua preferência (pode ser gelado), no intervalo das refeições, podendo ser bebidas gasosas, água com gotas de limão ou outros líquidos;
- Evite alimentos gordurosos, frituras, doces e condimentos. Torradas e pipoca podem ajudar;
- Evite deitar-se de estômago cheio e repouso em cadeiras após as refeições;
- Procure ambientes arejados, tranquilos, livre de odores;

Figura 5– Folheto informativo (folhas 5 a 8)

Queda do cabelo

A queda do cabelo, ou alopecia, como é chamada, varia de intensidade, dependendo do medicamento utilizado e, de acordo com a reação de cada pessoa ao tratamento, pode ser parcial ou total e inicia-se geralmente 15 a 20 dias após a quimioterapia.

Não se preocupe, pois este efeito é temporário e reversível. O cabelo voltará a crescer após o término da quimioterapia.

Recomenda-se:

- Usar shampo e condicionador suaves;
- Evitar o uso de secador, tintura, prendedor de cabelos, realizar tratamentos químicos no cabelo.
- *Se preferir, faça uso de boné, lenços, chapéus, perucas, turbantes.*

Feridas na boca

Alguns quimioterápicos podem provocar o aparecimento de feridas parecidas com aftas na boca, garganta e irritações nas gengivas.

Esses sintomas podem causar dor e dificultar a alimentação. No entanto, duram poucos dias.

- Inspecionar diariamente a boca;
- Mantenha a higiene oral através da limpeza dentária. Evite procedimentos ásperos, utilizando escova de cerdas macias ou algodão com o dedo ou espátula. E siga a orientação do seu médico;
- Procure ingerir alimentos pastosos e líquidos em temperatura ambiente;
- Evite alimentos ácidos e condimentados;
- Aumente a ingestão de líquidos;
- Realize bochechos, quando necessários, com produtos indicados pelo seu médico.

Diarréia

Ocorre quando há alterações no volume, frequência e consistência das fezes, diferente do padrão habitual de eliminação intestinal.

Recomenda-se:

- Adequar-se à dieta pobre de resíduos;
- Aumentar a ingestão de líquidos pelo menos dois litros (água, chá, água de coco, sucos);
- Dar preferência a alimentos sem gorduras e condimentos, como arroz, frango, torradas, batata, cenoura, banana, maçã, caju, goiaba;
- Evitar leite e seus derivados (queijo, manteiga, requeijão etc);
- Evitar frituras, comidas gordurosas e com muito molho, e muito temperadas, feijão, café;
- Realizar a higiene perianal com água e sabão neutro após cada evacuação;

Prisão de ventre

Alguns medicamentos podem provocar dificuldades no funcionamento do intestino, causando a retenção das fezes, Avise seu médico caso este sintoma permaneça por mais de dois dias.

Recomenda-se:

- Aumentar o consumo de alimento ricos em fibras e a ingestão de líquidos;
- Fazer uso de laxativos, se necessário, conforme orientação médica.

Fadiga/Anemia, Leucopenia e Trombocitopenia

Os medicamentos utilizados para combater as células doentes, também destroem algumas das células sadias do nosso organismo. Algumas das células mais afetadas são as do sangue, como os glóbulos brancos, que defendem nosso organismo de infecções, os glóbulos vermelhos, que transportam oxigênio para todas as partes do nosso corpo, e as plaquetas, que atuam na coagulação do sangue.

Quando as taxas sanguíneas diminuem, podem aparecer sintomas como cansaço aos pequenos esforços (fadiga), falta de ar e fraqueza muscular, palidez, febre, pintas avermelhadas na pele, manchas roxas e vermelhas e sangramentos.

A contagem destas células é periodicamente avaliada através do exame de sangue. Seu médico indicará a melhor conduta a ser tomada, caso estas alterações transitórias sejam observadas.

Recomenda-se:

- Repousar o máximo que puder, reduza as atividades físicas neste período;
- Ingerir alimentos ricos em ferro, incluindo legumes e verduras escuras.

Febre

Alguns dias após a quimioterapia há uma diminuição temporária das defesas do organismo, que fica predisposto a contrair mais facilmente infecções por vírus, bactérias e fungos.

A febre é um sinal de alerta para a existência de infecções no organismo.

Os sinais de infecção são: febre; calafrios; pele empolada; queimação ou dor ao urinar; sangramento; falta de ar; tosse.

Avise seu médico para que ele possa indicar o tratamento adequado.

Recomenda-se:

- Manter a higiene corporal e bucal;
- Lavar as mãos várias vezes ao dia, principalmente antes das refeições, antes e após ir ao banheiro e ao chegar da rua;
- Evitar locais aglomerados, fechados, pouco ventilados e o contato com pessoas gripadas ou com outras doenças (como: sarampo, catapora, caxumba, rubéola etc);
- Evitar cortes ao fazer barba, axilas e pernas. O ideal é não raspar;
- Evitar cutilar as unhas e espremer cravos e espinhas;
- Verificar a temperatura e comunicar elevações acima de 37,8°C.

Hiperpigmentação

Alguns medicamentos utilizados no tratamento quimioterápico podem causar escurecimento da pele quando exposta aos raios solares, principalmente nas dobras das articulações, nas unhas e no trajeto das veias. As unhas também poderão ficar quebradiças.

Recomenda-se:

- Fazer uso de protetor solar (fator 30 ou mais) nas regiões expostas ao sol;
- Evitar exposição ao sol das 10 às 16 horas;
- Usar chapéu, boné, lenços para proteger a face e a cabeça da exposição solar;
- Manter a pele sempre hidratada;
- Evitar o uso de soluções abrasivas para limpeza da pele.

Formigamento nos pés e nas mãos

Alguns medicamentos podem causar neuropatia periférica sensitiva, ou seja, formigamento ("dormência") nos pés, mãos e lábios. Este é um efeito passageiro, mas deve ser comunicado ao seu médico.

Recomenda-se:

- Evitar exposição ao ar frio, ingestão de líquidos gelados e contato da pele com superfícies frias em até uma semana após a infusão.

Figura 6 – Folheto informativo (folhas 9 à 12)

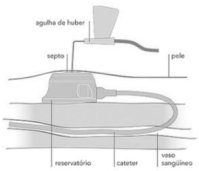
Cateter Venoso Totalmente Implantado

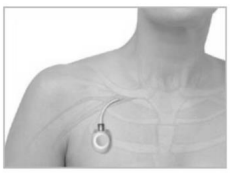
É um reservatório ligado a um tubo fino, colocado em uma veia do seu corpo. Ele ficará por baixo da pele, e será utilizado para aplicar a quimioterapia.

A sua colocação ocorre através de cirurgia que dura cerca de 1 (uma) hora, com anestesia local. Ele poderá ser colocado no peito ou no braço, dependendo de cada paciente. Após a colocação do cateter, você retornará para sua casa.

A manipulação só deve ser feita por enfermeiro treinado e com agulha própria.

A cada 30 dias deve-se fazer o que chamamos de Heparinização do cateter, ou seja, é feita a punção do cateter para limpeza do mesmo.





Faça valer seus direitos

Existem algumas leis que poderão beneficiá-lo após o diagnóstico da neoplasia maligna.

Alguns deles são:

- Saque do FGTS;
- Retirada do PIS/PASEP;
- Isenção de Imposto de Renda;
- Andamento Jurídico prioritário;
- Gratuidade no transporte urbano;
- Isenção do IPVA;

Recomendações Importantes

É muito importante que você esteja participando do seu tratamento. Você, certamente, se sentirá melhor assim.

Todos os efeitos colaterais são temporários e, quando comunicados em tempo, são, geralmente, reversíveis.

A equipe multiprofissional está capacitada para atendê-lo durante esta fase.

Lembre-se: os benefícios com o uso da quimioterapia promoverão a recuperação da saúde.

Informações úteis

Telefones para serem utilizados em **Casos de Emergência**

Médicos
Dr (a):
Telefone:
Celular:
Dr (a):
Telefone:
Celular:
Dr (a):
Telefone:
Celular:

Serviço de Enfermagem
Enfermeiro (a):
Tefefone:
Celular:

Em caso de emergência, caso não consiga contato com a equipe médica, dirija-se ao hospital ou posto médico de urgência e, posteriormente, faça contato.

Anotações pessoais:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Figura 7 – Folheto informativo (folhas 12 à 15)

5. CONCLUSÃO

Inicialmente, cabe ressaltar que a presente pesquisa trata de uma experiência primeira, uma vez que deverá ser replicada em outros cenários e/ou sujeitos com a finalidade de confirmar ou refutar os dados apresentados.

Diante disso, faz-se necessário afirmar também que os objetivos propostos foram plenamente alcançados, em virtude da realização do processo que teve como ponto de partida a identificação da abordagem dos autores de enfermagem acerca do conforto em oncologia. Na sequência, procedeu-se a descrição dos fatores associados pelos sujeitos da pesquisa que interferem nas suas percepções de conforto. Tais fatores propiciaram a construção dos subsídios a serem utilizados na consulta de enfermagem como instrumento de conforto.

Após a realização deste estudo, podemos concluir que a consulta de enfermagem pode ser utilizada como instrumento de conforto aos clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial. Isso se dá pelo fato de a consulta de enfermagem permitir a implementação da SAE por meio da interação terapêutica neste contexto.

Os sujeitos desta pesquisa apresentaram alterações, na sua vida, relacionadas aos 4 contextos de conforto que afetam a pessoa doente e sua família. São eles: o físico, o psico-espiritual, o social-cultural e o ambiental.

Em relação aos contextos destacados anteriormente, verificaram-se que suas respectivas necessidades foram as seguintes: i) Físico - náuseas, limitações decorrentes da alteração na percepção de autoimagem e indisposição decorrente de fadiga; ii) Psico-espiritual – medo decorrente do risco iminente de morte; iii) Social-cultural – a dependência de outras pessoas; iv) Ambiental – intolerância ao barulho.

O câncer, quando é diagnosticado, normalmente vem permeado de sintomas físicos como dor, desconforto, alterações na imagem corporal e psíquica. Como exemplo para essa última, pode-se citar o medo das limitações impostas pela doença, o que acaba por levar à perda da autonomia, gerando, consequentemente, por parte do indivíduo acometido, a dependência de alguém. Essa problemática é muito particular e exige cuidados que vão ao encontro das necessidades dos pacientes.

Além das atividades técnico-científicas que permeiam a prática profissional da enfermagem, a equipe deve adotar medidas de auxilio no alívio da ansiedade, da tensão, do medo e da angústia tanto dos pacientes, quanto de seus familiares. Assim, a adoção dessas medidas também influi diretamente no processo assistencial, uma vez que constitui importantes aproximação no processo de implementação da relação enfermeiro/cliente.

A enfermagem deve prestar um cuidado holístico, utilizando ferramentas terapêuticas para a promoção de conforto e de bem-estar. Logo, os cuidados devem conter intervenções no âmbito das alterações ou dos sintomas físicos, na gestão de emoções, na preparação para as alterações da rotina e eventual modificação no seu papel familiar e sociolaboral, permitindo que o paciente possa se adaptar a uma nova condição de saúde e de vida.

A criação e a implementação de um roteiro para a consulta de enfermagem e um folheto informativo com as orientações pertinentes ao tratamento quimioterápico ambulatorial a essa clientela permite a construção de um elo e/ou relação de confiança entre profissional/cliente. Essa relação se mostra importante, uma vez que possibilita, através da consulta de enfermagem, o conhecimento sobre o paciente e seu convívio familiar.

Esse momento no qual ocorre o acolhimento é fundamental para a consolidação da relação enfermeiro/cliente, pois é possível identificar várias situações como angústias, ansiedade, tensão, falta de conhecimento e medo do desconhecido. Após a consulta, com o esclarecimento sobre as etapas do tratamento, os efeitos colaterais que poderão surgir e os manejos para cada um deles, torna-se mais suave o prosseguimento do cuidado ao cliente.

5. REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M.R.; MARRINER, T.A. Nursing Theory: utilization and application. 2ªed. St. Louis: Mosby, 2002.

ALVES, A.R.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):649-55.

APÓSTOLO, J.L.A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência, 2009. 2(9): 61-67.

APÓSTOLO, J.L.A.; et al. Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. Referência, 2006. II Série – nº 3. p55-64.

AVANCINI, B.S.; CAROLINDO, F.M.; GÓES, F.G.B.; NETTO, N.P.C. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 out-dez; 13 (4): 708-16.

AVILA, L.M.R. Uma abordagem interacionista e de autocuidado para sistematização da assistência de enfermagem do CEPON. [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina;1997.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa, 1979.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.

_____Decreto-lei nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7498/86 sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial - República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1987 jun; fls 8853-5.

_____Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466/2012.

BRITO, N.T.G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. Einstein. 2010; 8(2 Pt 1):221-7.

BRUIJNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em ciências Sociais: Os polos da prática metodológica. RJ: Livraria Francisco Alves, 2001, 402 p.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar no Brasil. Texto & Contexto Enferm. 2009;18(2):280-9.

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 1975;4(28):76-94.

COSTA, C.A.; LUNARDI FILHO.W.D.; SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Rev Bras Enferm. 2003 mai/jun; 56(3):310-314.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2002 mai-jun; 10(3):321-33.

DIEHL, A.A. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FORTIN, M.F. O processo de investigação. Da concepção à realidade. Lisboa, Lusociência, 1996. 388p.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):188-93.

GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

HENDERSON, V. The nature of nursing. New York: McMillan. 1966.

HILL, M.; HILL, A. Investigação por Questionário. 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo, 2008. 377p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 118 p.

KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R. J. An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-1310. 2003.

LEININGER, M. Transcultural nursing: concepts theories, research and practices. 2ª ed. New York : McGraw-Hill. 1995.

MALINOWSKI, A.; STAMLER, L. Comfort: exploration of the concept in nursing. Journal of Advanced Nursing. 2002. Vol. 39, nº 6, p. 599-606.

MARANHÃO, T.A.; MELO, B.M.S.; VIEIRA, T.S.; VELOSO, A.M.M.V.; BATISTA, N.N.L.A.L. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. J Health Sci Inst. 2011; 29(2):106-9.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed., São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTEIRO, A.C.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012 out-dez; 16 (4):741-6.

ORLANDO, I. The dynamic nurse-patiente relationsship: function, process, and principles. New York: Putnam. 1961.

ORTOLANI, L.; GASPARINO, R.C.; TRALDI, M.C. Complicações Associadas ao Uso de Cateter totalmente Implantável em Crianças e Adolescentes. Revista Brasileira de Cancerologia. 2013; 59(1): 51-56.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. Humanistic nursing. New York: John Wiley & Sons, 1976.

PEDRÃO, R.B.; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):86-91.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.D. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2004. 487p.

PRAEGER, S. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 241-251.

RADÜNZ, V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológica e o self da enfermeira. 2ª ed. Goiânia: AB; 1999.

RIBEIRO, C.A.; COUTINHO, R.M.; ARAÚJO, T.F.; SOUZA, V.S. A world of procedures and worries: experience of children with a Port-a-Cath. Acta paul enferm. 2009; 22(spe): 935-941.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2006 Nov/Dez; 14(6):837-42.

RICHARDSON, R.J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

ROSA, L.M.; MERCÊS, N.N.A.; MARCELINO, S.R.; RADÜNZ, V. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: Contextualizando uma realidade. Cogitare Enferm 2007 Out/Dez; 12(4):487-93.

SANTOS, M.R.; SILVA, L.; MISKA, M.D.; POLES, K.; BOUSSO, R.S. Unveiling humanized care: nurses' perceptions in pediatric oncology. Texto contexto - enferm. 2013 set; 22(3): 646-53.

SHIRATORI, K.; TEIXEIRA, M. S.; SILVA, S.A., et al. Bioética e tecnociência: reflexões para a enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A., (org). Técnicas e tecnologias em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2004. p.294-337.

SILVA, C. R. L. O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar. Rev. de Pesq. cuidado é fundamental Online. 2010. abr/jun. 2(2):883-888.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M.M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev Latino- am Enfermagem. 2006 jul-aug; 14(4):614-9.

SOFFIATTI, N.R.T. Consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia: ênfase nas ações educativas. Cogitare Enferm. 2000 Jan/Jun;5(n°esp):69-72.

TAKAHASHI, A.A.; BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M.; SOUZA, M.F. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. Acta Paul Enferm. 2008;2(1):32-8.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VARGAS, M.A.O.; VIVIAN, J.; VIEIRA, R.W.; MANCIA, J.R.; RAMOS, F.R.S.; FERRAZZO, S.; et al. Redefining palliative care at a specialized care center: a possible reality?. Texto contexto - enferm. 2013 set; 22 (3): 637-45.

VERGARA, S.C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

WALDOW, V. R. Estratégias de ensino na enfermagem. (Prefácio de Leonardo Boff). 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005. 133 p.

WATSON, J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem; trad. J. Enes. Loures: Lusociência. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONN. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. Geneva: World Health Organization; 1990. (Technical report series WHO, 804).

ZAGONEL, I.P.S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (org). Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 41-56.

APÊNDICES

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO MEDIDA DE CONFORTO AOS CLIENTES ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIOS DE ONCOLOGIA

OBJETIVOS DO ESTUDO:

- Descrever os fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto;
- Caracterizar a consulta de enfermagem como medida de conforto aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial;
- Construir um protocolo de consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:

O senhor(a) tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para melhor compreender os fatores que influenciam em sua percepção de conforto, de forma a nos auxiliar na elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir em seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO:

A coleta dos dados será através do preenchimento do instrumento de coleta de dados que é composto por duas partes, a primeira explora as questões sócio - demográficas e a segunda aplica a Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ).

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO:

Não se aplica neste estudo.

RISCOS:

Independentemente de aceitar ou não em participar desta pesquisa, não haverá nenhuma alteração em seu tratamento.

BENEFÍCIOS:

Acreditamos que a descrição dos fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto, a devida caracterização da consulta de enfermagem como medida de conforto neste contexto, e a construção de um protocolo de consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial, propiciem uma reorganização da assistência neste âmbito de assistência, propiciando uma melhoria na qualidade de vida dos clientes em tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial.

CONFIDENCIALIDADE:

Seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, o pesquisador não divulgará nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:

Esta pesquisa está sendo realizada no Instituto de Oncologia de Macaé. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, através do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado Profissional sendo a discente Lidiane da Fonseca Moura a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Carlos Roberto Lyra da Silva. A pesquisadora está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte no telefone 2197398-2761, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e

telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço:_____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisadora):

_____

Nome:_____

Data: _____

APENDICE II

O conforto na enfermagem oncológica: uma revisão de literatura

The comfort in oncology nursing: a literature review

La comodidad en enfermería oncológica: una revisión de la literatura

Lidiane da Fonseca Moura. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - PPGSTEH/UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: lidimoura@outlook.com.

Carlos Roberto Lyra da Silva. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem - EEAN/UFRJ. Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF-UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: profunirio@gmail.com.

Correspondência:

Lidiane da Fonseca Moura

Rua Valença, 141, Casa 06

Bairro Jardim Mariléia

28895-898 - Rio das Ostras - RJ, Brasil

Resumo

Objetivos: descrever a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica. ***Método:*** revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, BDENF e biblioteca virtual SCIELO, realizada no mês de outubro de 2013. A amostra foi constituída de 20 artigos científicos originais, publicados no período de 2000 a 2013, os quais tiveram seus resultados sintetizados descritivamente e discutidos. ***Resultados:*** evidenciamos aumento significativos nos últimos 5 anos, tendo seu pico de publicação no ano de 2013. Quanto às áreas de conhecimento, merece destaque o número elevado de publicações em saúde da criança e a existência de uma pesquisa sobre a espiritualidade. ***Conclusão:*** Cabe destacar a ausência de um periódico específico de enfermagem para a divulgação de pesquisas em enfermagem oncológica. As pesquisas que relacionam enfermagem oncológica e conforto, vem sofrendo aumento significativos com o passar dos anos, sobretudo nos últimos 5 anos. ***Descritores:*** enfermagem; oncologia; conforto.

Abstract

Objective: to describe the approach of comfort in Oncology Nursing publications. ***Method:*** integrative review, held in the databases LILACS, BDENF and virtual library SCIELO held in October 2013. The sample consisted of 20 original scientific articles published from 2000 to 2013, which had their results summarized descriptively and discussed. ***Results:*** we noted significant increase in the last five years , peaking published in 2013. As for the areas of knowledge, we should note the high number of child health in publications and the existence of research on spirituality. ***Conclusion:*** it should be noted the absence of a specific nursing journal for the dissemination of research in oncology nursing. The research linking oncology nursing and comfort, has been suffering significant increase over the years, especially in the last five years. ***Descriptors:*** nursing; medical oncology; hospice care.

Resumen

Objetivo: describir el enfoque de la comodidad en las publicaciones de Enfermería de Oncología. ***Método:*** revisión integradora, que tuvo lugar en las bases de datos LILACS, BDENF y SciELO biblioteca virtual celebró en octubre de 2013. La muestra

estuvo constituida por 20 artículos científicos originales publicados desde 2000 hasta 2013, que tuvieron sus resultados resumidos descriptivamente y discutido. ***Resultados:*** hemos observado aumento significativo en los últimos cinco años, con un pico publicado en 2013. En cuanto a las áreas de conocimiento, que deben tener en cuenta el elevado número de salud infantil en las publicaciones y la existencia de la investigación sobre la espiritualidad. ***Conclusión:*** cabe señalar la ausencia de una revista específica de enfermería para la difusión de la investigación en enfermería oncológica. La investigación que vincula enfermería oncológica y confort, ha estado sufriendo aumento significativo en los últimos años, especialmente en los últimos cinco años. ***Descriptores:*** enfermería; oncología médica; cuidados paliativos al final de la vida.

Introdução

A palavra conforto se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem, que se utilizam corriqueiramente de expressões como: “prestado conforto”; “o paciente está confortável, foi confortado” ou “está confortavelmente instalado”, durante seu processo de trabalho.

O cliente no decorrer da prática assistencial de enfermagem pode vivenciar diversas situações desconfortantes, entretanto, se faz mister não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem considerando a sua base científica, pois é ela quem nos conduz à promoção do conforto efetivo.[1]

A literatura deixa transparecer que o conforto constitui significativamente o cuidado de enfermagem e está vinculado à sua origem e desenvolvimento assumindo, ao longo da história, diferentes significados que se relacionam com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução técnico-científica.[2]

Detectado há muitos séculos, o câncer foi amplamente classificado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Há aproximadamente quatro décadas, o cenário vem sofrendo alteração, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos.

Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas.[3]

A doença oncológica é um dos maiores flagelos da atualidade. Mesmo diante de toda evolução científica e tecnológica, das formas de prevenção e tratamento, continua a ter uma representação social negativa associada a dor, ao sofrimento e á morte.

O câncer quando é diagnosticado, normalmente vem permeado de sintomas físicos como dor, desconforto, alterações na imagem corporal e psíquicos como

medo das limitações impostas pela doença, levando a perda da autonomia, consequentemente gerando dependência de alguém.

O sentido verdadeiro do cuidar é de promover a vida. A qualidade de nossas vidas depende do cuidado que dispensamos a ela. A forma como vivemos a vida, como nos relacionamos com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos e com o trabalho, interfere na forma como praticamos o cuidar. O cuidado faz parte da prática profissional, é um agir mediado por um saber científico, um código de ética e um processo de trabalho inserido em um contexto político, cultural, econômico e social.

O processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo, não há preocupação com um fim.

Estas discussões nos mostram as diversas faces do cuidado, ou seriam os diversos conceitos de conforto? Dessa forma, pensamos que estudar as variadas abordagens de conforto em enfermagem oncológica, possa permitir aos profissionais de enfermagem um repensar acerca de suas condutas, para que sejam compatíveis com a questão da razão/ideal e a uma visão holística do cuidar dos pacientes.

O modo de pensar o "conforto" nas ações de cuidar, ainda não está claramente objetivado/concretizado, na maior parte dos serviços de saúde, e, muito menos, tem feito parte dos objetivos - escritos - prescritos e realizados no diagnóstico de enfermagem, como uma das etapas do processo de enfermagem. Por outro lado, se tais ações são realizadas, como reconhecem e dizem as enfermeiras, ainda não existe um consenso do que seja, realmente, considerado "conforto" para a Enfermagem.

A enfermagem oncológica, através de seus pesquisadores tem demonstrado interesse na busca de respostas para melhor qualificar sua prática profissional, sobretudo no cuidado a administração da terapêutica quimioterápica, seus efeitos colaterais. Tal fato demonstra que os profissionais perceberam como as pesquisas científicas contribuem para resolução de problemas na prática do cuidado.[4]

medo das limitações impostas pela doença, levando a perda da autonomia, consequentemente gerando dependência de alguém.

O sentido verdadeiro do cuidar é de promover a vida. A qualidade de nossas vidas depende do cuidado que dispensamos a ela. A forma como vivemos a vida, como nos relacionamos com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos e com o trabalho, interfere na forma como praticamos o cuidar. O cuidado faz parte da prática profissional, é um agir mediado por um saber científico, um código de ética e um processo de trabalho inserido em um contexto político, cultural, econômico e social.

O processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo, não há preocupação com um fim.

Estas discussões nos mostram as diversas faces do cuidado, ou seriam os diversos conceitos de conforto? Dessa forma, pensamos que estudar as variadas abordagens de conforto em enfermagem oncológica, possa permitir aos profissionais de enfermagem um repensar acerca de suas condutas, para que sejam compatíveis com a questão da razão/ideal e a uma visão holística do cuidar dos pacientes.

O modo de pensar o "conforto" nas ações de cuidar, ainda não está claramente objetivado/concretizado, na maior parte dos serviços de saúde, e, muito menos, tem feito parte dos objetivos - escritos - prescritos e realizados no diagnóstico de enfermagem, como uma das etapas do processo de enfermagem. Por outro lado, se tais ações são realizadas, como reconhecem e dizem as enfermeiras, ainda não existe um consenso do que seja, realmente, considerado "conforto" para a Enfermagem.

A enfermagem oncológica, através de seus pesquisadores tem demonstrado interesse na busca de respostas para melhor qualificar sua prática profissional, sobretudo no cuidado a administração da terapêutica quimioterápica, seus efeitos colaterais. Tal fato demonstra que os profissionais perceberam como as pesquisas científicas contribuem para resolução de problemas na prática do cuidado.[4]

Tais apontamentos suscitaram nos autores inquietações que resultaram na elaboração da seguinte questão que norteará esta pesquisa: o que tem sido publicado pelos autores de enfermagem oncológica acerca da temática do conforto?

O objetivo desta pesquisa é: descrever a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva de revisão integrativa de literatura com abordagem quanti-qualitativa.

O estudo foi conduzido para responder a seguinte questão: o que tem sido publicado pelos autores de enfermagem oncológica acerca da temática do conforto?

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2013, nas seguintes bases de dados: bases de dados LILACS, BDENF e biblioteca virtual SCIELO. A opção por estas bases de dados dá-se pelo alto grau de impacto dos periódicos ali indexados. A busca nestas bases de dados respeitou a particularidade no que concerne a maneira de conduzir o histórico de busca, mantendo o mesmo padrão de busca entre as bases.

A pesquisa teve como recorte temporal o intervalo de tempo compreendido entre os anos de 2000 a 2013, serão utilizadas como palavras-chaves: enfermagem, oncologia, conforto. No momento da prospecção com os descritores acima, foi utilizada a lógica booleana com o uso dos operadores and, or e not.

Para compor o resultado da presente pesquisa os artigos deverão contemplar os seguintes critérios: serem artigos originais, disponibilizados na íntegra, que abordem a temática do conforto, enfermagem e oncologia; e que possua no corpo de autores ao menos 01(um) profissional da equipe de enfermagem.

Cabe destacar que serão excluídos todos aqueles artigos que não se enquadrem nos critérios de inclusão determinados.

Para a análise foi utilizada a análise temática, que trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática consiste em buscar núcleos de sentidos que estão inseridos em uma

comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A análise temática[5] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Resultados

Ao final foram totalizados 20 artigos, estes que propiciaram a criação do banco de dados, os mesmos encontram-se organizados em um quadro analítico contido das seguintes variáveis: periódico, ano, área temática, metodologia e resultados.

8

Periódico	ANO	Área	MÉTODO	RESULTADOS
Revista Brasileira de Cancerologia	2013	Saúde da criança	Documental, descritiva, quantitativa.	Verificou-se incidência de 13,1% de complicações relacionadas ao uso do Port- a-Cath, sendo 6,6% para complicações precoces, e igual percentual para complicações tardias associadas a processos infecciosos. Três dos quatro cateteres retirados por infecção (75%) haviam sido implantados em pacientes com diagnóstico de leucemia. O tempo médio de permanência do cateter foi de 506,3 dias (23-1.335dias).
Revista Brasileira de Enfermagem	2012	Oncologia Ambulatorial	Qualitativo.	As necessidades do familiar para a criança em tratamento são: estímulo para o rodízio entre os membros da família como cuidador da criança; orientação e treinamento para os diferentes membros da família que acompanham as crianças; conforto para o familiar permanecer ao lado da criança; autonomia para o familiar; acolhimento ao irmão saudável; ambiente que proporcione aproximação entre os pais separados para apoiar o filho em tratamento.
Escola de Enfermagem Anna Nery	2012	Saúde da criança	Fenomenológico.	Na análise compreensiva surgiram duas categorias: conforto e minimização da dor. A partir dessas ações direciona-se o cuidar para o familiar ali presente, com o intuito de apoiá-lo, proporcionando atitudes de carinho, afeto e respeito.
ACTA	2009	Saúde da criança	Descritivo, qualitativo.	Permitiram compreender que os procedimentos intrusivos geram ansiedade, preocupação, medo e dor às crianças, assim como que elas reconhecem a importância dos procedimentos, dos medicamentos, da realização dos exames físico e laboratoriais para o tratamento; reconhecem as vantagens da utilização do Port-a-Cath, mas que sua utilização é fonte de ansiedade, limitações e preocupações, especialmente as relacionadas ao risco de infecção, e que se sentiram felizes, confortadas e fortalecidas com o brincar.
Revista de Enfermagem UERJ	2008	Oncologia clínica	Qualitativo e exploratório.	Os resultados apontaram para os seguintes significados de conforto: estar no lar, interação com familiares e amigos e estar sem dor para os jovens; saúde e carinho para os adultos; e equilíbrio físico, mental, emocional e bem-estar para as enfermeiras. O conforto assumiu diferentes significados, dependendo dos momentos vivenciados, tanto para a pessoa com câncer, como para as enfermeiras.
RevRene	2012	Oncologia clínica	Qualitativa.	Apreendeu-se que as atividades lúdicas ajudam os pacientes a enfrentarem a doença, facilitam a interação com a equipe multiprofissional, além de proporcionar um ambiente acolhedor e alegre. Observa-se, ainda, que as atividades mais aceitas foram a música e brincadeiras realizadas pelos palhaços. Sugere- se, por isso, implementar a humanização da assistência utilizando-se de recursos lúdicos.
Einstein	2010	Espiritualidade	Exploratório e descritivo.	Na escala de bem-estar espiritual, 76,6% dos enfermeiros apresentaram escores positivos. Na subescala de bem-estar existencial, 80% apresentaram escores positivos e na de bem-estar religioso 76,6% obtiveram escores positivos. Na Escala de bem-estar Espiritual, a média geral foi 107,26, e para as subescalas de bem-estar existencial e religioso as médias foram de 54,4 e 53,2, respectivamente. A grande maioria respondeu afirmativamente sobre a importância de oferecer ao paciente uma assistência espiritual, e 40% dos enfermeiros

				ofereceram como justificativa "para proporcionar bem-estar e conforto ao paciente". A maioria dos enfermeiros referiu não ter recebido uma formação profissional para prestar uma assistência espiritual ao paciente em nenhum dos cursos de Enfermagem que concluíram.
Einstein	2010	Oncologia clínica	Descritivo-exploratória. Quali-quantitativa.	Os fatores que mais contribuíram para a humanização foram carinho, simpatia e sorriso, e os que dificultaram foram mau humor, barulho e não ser prontamente atendido.
Revista Latino American a de Enfermag em	2001	Oncologia clínica	Qualitativo.	Os resultados mostram que os enfermeiros têm dificuldades em desenvolver o cuidado com o paciente devido à falta de conhecimentos específicos sobre o câncer, dor crônica e sua terapêutica, como também, nas habilidades expressivas para promoverem o apoio psicológico adequado.
Revista Latino American a de Enfermag em	2002	Oncologia Ambulato rial	Qualitativa.	Os resultados apontam as seguintes dificuldades: alteração no cotidiano familiar; comunicação ineficiente; alteração da auto-imagem e reação adversa à quimioterapia.
Revista Escola de Enfermag em USP	2013	Saúde da criança	Qualitativa.	A análise dos dados permitiu a identificação de cinco categorias: sentir-se sem autonomia para a tomada de decisão; cuidar da família; oferecer conforto físico; valorizar o cuidado humanizado e aprender a lidar com a morte e o morrer.
Escola de Enfermag em Anna Nery	2005	Oncologia Ambulato rial	Descritivo, qualitativo.	Os resultados revelaram como fatores de bem estar: atitude carinhosa da equipe e, conforto da sala de aplicação de quimioterapia; como fator de mal-estar: desconforto da sala de espera.
Revista Brasileira de Enfermag em	2011	Oncologia clínica	Descritivo.	Foram citados pelos sujeitos 25 incidentes críticos, sendo nove sentimentos negativos, três positivos e 13 com ambos. Concluiu-se que os enfermeiros que relataram intervenções de caráter humano, demonstraram sentimentos positivos, reconhecendo a importância das respectivas ações de enfermagem para oferecer uma assistência humana.
Revista Brasileira de Enfermag em	2003	Oncologia clínica	Fenomenológ ico.	Constituiu-se numa possibilidade de refletir com a equipe de trabalho, acerca da assistência prestada aos clientes à luz das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a ótica da abordagem humanística e suas propostas metodológicas.
Escola de Enfermag em Anna Nery	2009	Saúde da criança	Descritiva-exploratória, qualitativo.	Percebemos que o cuidar da criança com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional, e que os cuidados voltam-se para a promoção do conforto, pelo alívio da dor e dos sintomas, além do atendimento às necessidades biopsicossociais e espirituais, e do apoio à família.
ACTA	2008	Oncologia Ambulato rial	Qualitativa, exploratória e descritiva.	O discurso dos sujeitos revelou que o cuidado de enfermagem sustenta-se em princípios próprios da relação humana, como amizade, carinho, atenção, tolerância e solidariedade. Destacou que as ações da enfermeira conjugam atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana como alicerce da interação no cuidado.
Revista Latino American a de	2004	Oncologia Ambulato rial	Qualitativa.	Os resultados convergiram para os seguintes temas: rotina da intratecal; medo, dor e fantasias e estratégias de alívio. Quanto às implicações para a enfermagem, identificou-se que a informação é vital para

Enfermagem				crianças/adolescentes com câncer, pois ela poderá minimizar incertezas e sentimentos negativos, levando-os a colaborar e a participar do tratamento.
Texto e Contexto Enfermagem	2013	Oncologia clínica	Qualitativa.	Os resultados são apresentados por meio das temáticas: características do Núcleo de Cuidados Paliativos, sua equipe e a interação inicial desta com o paciente e familiares; e os modos de cuidar, a importância da abordagem da dor e da comunicação.
Texto e Contexto Enfermagem	2013	Saúde da criança	Exploratório-descritivo, qualitativo.	Os resultados apontaram para o fenômeno "Desvelando o cuidado humanizado dispensado à família e à criança com câncer". Os elementos teóricos emergiram das descrições de eventos clínicos ou situações apresentadas pelos enfermeiros.
Journal Health Science Inst.	2011	Saúde da criança	Exploratório, descritivo e qualitativo.	O estabelecimento e valorização do vínculo de confiança e amizade entre profissional, criança e família foram os meios utilizados pela enfermagem no cuidado humano à criança. Foram achados fatores que dificultam a busca da assistência humanizada como a não cooperação de alguns pais frente aos cuidados prestados e o ambiente pouco acolhedor oferecido à criança e família. Entretanto, há fatores que facilitam a assistência como a empatia do profissional de enfermagem com o setor de oncologia e a visão da criança de que este exerce um cuidado muito importante durante a hospitalização.

Figura 1. Matriz dos dados.

Neste interim, iniciaremos a apresentação dos resultados, pela variável periódico, conforme pode ser observado na figura 1, uma vez que nos permite visualizar quais dos veículos de publicação científica veicula com mais frequência, pesquisas as quais articulam a temática do conforto com os problemas de investigação.

Pode-se observar a diversidade de periódicos (11 no total) que publicaram em meio científico pesquisas na temática investigada, onde 45% (5 periódicos) das revistas publicaram apenas 1 um artigo, pode-se então afirmar que não existe uma revista que publique de maneira substancial pesquisas sobre enfermagem oncológica e conforto em enfermagem oncológica.

No tocante ao ano de publicação, podemos considerar que se tratam de estudos recentes, uma vez que 65% (15 artigos) foram veiculados nos últimos 5 anos, o que demonstra o quão é recente o despertar da enfermagem, acerca desta temática, da mesma maneira, convêm ressaltar que 20% (4 artigos) foram publicados no ano de 2013.

No que se refere à área de conhecimento nos pautamos no conceito de conhecimento que diz que conhecimento articula conceitos, teorias e

procedimentos, neste sentido as áreas de conhecimento, englobam um conjunto de conceitos e teorias acerca de uma determinada área do saber.[6]

Vale ressaltar que de forma a estruturar o agrupamento das áreas, foram encontradas somente 4, estas que abordavam respectivamente temáticas específicas, quais sejam: espiritualidade, referente à assuntos de religião/ orientação espiritual de profissionais e/ou clientes; oncologia ambulatorial, abordando questões específicas ao atendimento quimioterápico ambulatorial adulto; oncologia clínica, que abordavam questões acerca do tratamento de indivíduos em internação nosocomial adulta e seus familiares, além de fatores relativos aos profissionais e suas práticas de cuidado; e, saúde da criança, questões oriundas do tratamento à esta população específica.

Após a análise fica evidente o predomínio de estudos na área de saúde da criança, com frequência de 50%, o que demonstra uma preocupação dos profissionais/pesquisadores para esta população, e os fatores inerentes ao seu atendimento.

Dado significativo apresentado na figura 1 foi a predominância dos estudos qualitativos, com frequência de 80%, o que vai de encontro com a grande maioria dos estudos realizados pela enfermagem, ainda muito preocupada em caracterizar aspectos subjetivos dos seus problemas de investigação, que necessitam de pesquisas com abordagem qualitativas na resolução dos mesmos.

Discussão

Alguns estudos apontaram a inexistência de um periódico específico da enfermagem voltado para cancerologia, o que pode estar dificultando de alguma maneira a criação e disseminação deste conhecimento.[7]

Convém destacar que da mesma forma que na pesquisa supracitada, as Revistas Latino-americana de Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem, cada uma responsável por 15% das publicações, representaram 2/3 das revistas que mais publicaram na área de interesse do presente estudo, juntamente com a revista da Escola de Enfermagem Ana Nery.

No tocante às áreas de conhecimento, o sofrimento com a situação de morte iminente da criança com câncer, tem sensibilizado os pesquisadores, retratando este elevado número de pesquisas nesta área.[8]

O processo de cuidar sem a possibilidade de cura, também objeto de investigação de outro estudo, onde os autores dissertaram nos resultados da referida pesquisa, que os enfermeiros ao realizarem o cuidado à criança portadora de doença oncológica e fora de possibilidade de cura, enfatizaram nessa ação de cuidar à necessidade de confortar esta criança diante do seu estado de adoecimento, promovendo a realização de atitudes que envolvam a família no processo de cuidar.[9]

O cuidado à criança sem possibilidade de cura deverá se dar normalmente, da mesma maneira quando o objetivo terapêutico ainda é a cura, possuindo como objetivo a promoção do conforto à criança.[8]

Outros autores[10] destacam o quanto se faz necessário a criação de unidades para o devido atendimento aos pacientes sem possibilidade de cura, onde o cuidado seja norteado por uma lógica que seja deslocada da cura para o objetivo do conforto e para a qualidade das relações estabelecidas entre a equipe e paciente-família.

Sobre assistência humanizada ao paciente oncológico na área de saúde da criança, um estudo destacou que o cuidado envolve o fortalecimento do vínculo entre o profissional, a família e a criança, sendo necessário empenho para estabelecer um relacionamento com empatia e criatividade, o enfermeiro deve investir na comunicação e realizar reuniões com a equipe para pensar no cuidado oferecido, a fim de assegurar da melhor forma as necessidades da família.[11]

Os meios utilizados pela enfermagem se traduzem em valorização do vínculo de confiança e amizade entre o profissional de enfermagem, a criança em tratamento oncológico e os familiares desta, em especial a mãe.[12] Esse vínculo contribui para humanizar a assistência prestada, pois permite que o profissional transcenda o aspecto físico do câncer, prestando cuidados que entendam o paciente enquanto ser humano.

Entretanto também destacaram que apesar de haver meios utilizados pela enfermagem na tentativa de realizar um cuidar mais humanizado à criança com câncer, existem fatores que dificultam esse caminhar. Há uma incompreensão e não cooperação dos pais frente aos cuidados prestados. Isso se explica pelo fato da doença também causar ansiedade e estresse nos pais os quais passam por problemas durante a internação de seus filhos.

Na temática referente ao cateter Port- cath, uma pesquisa[13] revelou que a incidência de complicações associadas ao implante e ao uso dos cateteres totalmente implantáveis de longa permanência do tipo Port o cath,em crianças e adolescentes em tratamento oncológico e doença hematológica, foi de 13,1%. Para as complicações precoces, a incidência foi de 6,6%, percentual igual ao das complicações tardias, todas associadas a processos infecciosos.

A implantação do Port-a-Cath proporciona muitos benefícios à criança, como a diminuição da frequência de punção periférica, da dor subsequente e dos efeitos adversos das medicações, sua utilização não exclui que ela experiencie preocupações, medos e ansiedade relacionados ao uso do cateter.[14]

Sobre a necessidade do familiar um estudo[15] identificou por meio do relato das crianças, lacunas existentes no cotidiano dos familiares que as acompanham durante a quimioterapia ambulatorial, que são essenciais para fundamentar um cuidado de enfermagem centrado na criança e família, tais como: estimulo para o rodizio entre os membros da família como cuidador da criança; orientação e treinamento para os diferentes membros da família que acompanham as crianças no tratamento ambulatorial; conforto para o familiar permanecer ao lado da criança durante as horas de tratamento; autonomia para o familiar durante as infusões das medicações; acolhimento ao irmão saudável; ambiente que proporcione aproximação entre os pais separados para apoiar o filho em tratamento.

Outro estudo[16] abordou as dificuldades dos pais com filhos em após a realização da quimioterapia ambulatorial, os ciúmes entre os irmãos saudáveis e a criança/adolescente com câncer; alto custo do tratamento; longas jornadas entre o trajeto do domicílio e o ambulatório; a superproteção do filho doente; a

comunicação ineficiente entre os pais e a equipe de saúde; alteração da autoimagem do filho doente; a interrupção do processo de escolarização do filho doente e as manifestações físicas decorrentes da administração de quimioterápicos antineoplásicos (fadiga, depressão, náuseas, vômitos, mucosite, anorexia e perda de peso).

Na área de oncologia clínica, a temática com maior destaque foi a que refletia sobre a assistência humanizada ao cliente oncológico, onde o estudo[17] abordou os fatores facilitadores e dificultadores na humanização do atendimento em pacientes com internação de longa duração, verificaram que os fatores que mais contribuíram para a humanização foram carinho, simpatia e sorriso, e os que dificultaram foram mau humor, barulho e não ser prontamente atendido.

O estudo[18] nos revelou a dificuldade de se humanizar a assistência, uma vez que os próprios profissionais que trabalham em oncologia estão expostos, no cotidiano do seu trabalho, a situações geradoras de conflitos que, muitas vezes, são transferidos para as relações interpessoais.

Conclusão

Inicialmente convém ressaltar que esta pesquisa trata-se de um estudo inicial, necessitando de outros experimentos, com fim de desenvolver ainda mais o conhecimento acerca da temática abordada.

Após a realização desta pesquisa podemos concluir que nosso objetivo foi plenamente alcançado, pois através da mesma podemos descrever a abordagem do conforto nas publicações de Enfermagem Oncológica.

Cabe destacar a ausência de um periódico específico de enfermagem para a divulgação de pesquisas em enfermagem oncológica, o que pode ser considerado um obstáculo na divulgação do conhecimento produzido pelos pesquisadores da área, o que foi retratado no número excessivo de periódicos encontrados, alguns deles não específicos da enfermagem.

Pode-se concluir ao final desta pesquisa que embora muito incipiente, as pesquisas que relacionam enfermagem oncológica e conforto, vem sofrendo aumento significativos com o passar dos anos, sobretudo nos últimos 5 anos, tendo seu pico de publicação no ano de 2013, convêm ressaltar que os dados foram

coletados no mês de outubro de 2013 o que nos leva a crer que este número poderá aumentar ainda mais.

Quanto às áreas de conhecimento, merece destaque o número elevado de publicações em saúde da criança e a existência de uma pesquisa sobre espiritualidade, pois trata-se de um ponto que sempre é destacado pelos sujeitos dos estudos em enfermagem, entretanto, ainda são muitos raras as pesquisas de enfermagem que aborda a espiritualidade como área de conhecimento.

Podemos verificar que o conforto participa substancialmente das discussões acerca da enfermagem oncológica, pois pode ser visualizado nos depoimentos dos entrevistados das pesquisas, sejam estes profissionais da saúde, clientes ou seus familiares, embora ainda participe de uma maneira muito escassa como tema central de discussão. Tal fato nos demonstra o quanto o conforto se faz presente na enfermagem e permeia por diversas áreas do conhecimento e temas de pesquisas.

A concepção de conforto assume diferentes significados, dependendo dos momentos vivenciados tanto pelos jovens quanto pelos adultos com câncer, da mesma forma pelas enfermeiras.

A multidimensionalidade do conforto exige que o enfermeiro conheça também os referenciais filosóficos do cuidado e conforto e do cuidado de si, para que ele possa perceber as necessidades do outro e de si mesmo.

Ressaltamos que viver com conforto não significa estar confortável em todos os aspectos da vida ao mesmo tempo, mas sim a capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, dentro de suas possibilidades, no equilíbrio entre suas limitações e potencialidades.

Essas questões são importantes para que a pesquisa na enfermagem oncológica brasileira cumpra a sua finalidade de fornecer a base de conhecimentos, os quais poderão promover a efetividade dos cuidados.

Referências

1. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. **Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar.** Rev de Pesq cuidado é fundamental Online [internet]. 2010 apr/jun [cited 2015 mar 10]. 2(2):883-8. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/313/pdf_23
2. Apóstolo JLA. O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência [internet]. 2009 mar [cited 2014 oct 09]. 2(9): 61-7. Available from: https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [internet]. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011. [cited: 2014 jan 15]. 118p. Available from: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf
4. Da-Rosa L, Silva G, Nunes R, Radünz V, Ilha P, Marinho M. Produção científica da enfermagem oncológica: recorte temporal 2002 a 2012. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 mar [cited 2015 may 10]; 9(2): 7055-64. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6670 doi: DOI: 10.5205/reuol. DOI: 10.5205/reuol.7505 7505--65182 65182--11--RVRV.0.0903 9032020150 1505
5. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1996.
6. MICHAELIS: pequeno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.

7. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev Latino- am Enfermagem [Internet]. 2006 jul-aug [cited 2013 oct 04]; 14(4):614-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf
8. Avanci BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 oct-dec [cited 2013 oct 10]; 13 (4): 708-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf
9. Monteiro ACM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2012 oct-dec [cited 2013 oct 10]; 16 (4):741-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf
10. Vargas MAO, Vivan J, Vieira RW, Mancia JR, Ramos FRS, Ferrazzo S, et al. Redefining palliative care at a specialized care center: a possible reality?. Texto contexto - enferm [Internet]. 2013 sep [cited 2013 Oct 09]; 22(3): 637-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en doi:10.1590/S0104-07072013000300009.
11. Santos MR, Silva L, Misko MD, Poles K, Bousso RS. Unveiling humanized care: nurses' perceptions in pediatric oncology. Texto contexto - enferm [Internet]. 2013 sep [cited 2013 oct 09]; 22(3): 646-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300010&lng=en doi:10.1590/S0104-07072013000300010.
12. Maranhão TA, Melo BMS, Vieira TS, Veloso AMMV, Batista NNLAL. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. J Health Sci Inst [Internet]. 2011 [cited 2013 oct 09]; 29(2):106-9. Available from: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestsaude/arquivos/files/V29_n2_2011_p106-109%20-%20MEU%20ARTIGO%20REVISTA%20UNIP.pdf
13. Ortolani L, Gasparino RC, Traldi MC. Complicações Associadas ao Uso de Cateter totalmente Implantável em Crianças e Adolescentes. Revista Brasileira de

Cancerologia [Internet]. 2013 [cited 2013 oct 29]; 59(1): 51-56. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/08-complicacoes-associadas-ao-uso-de-cateter-totalmente-implantavel.pdf

14. Ribeiro CA, Coutinho RM, Araújo TF, Souza VS. A world of procedures and worries: experience of children with a Port-a-Cath. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 oct 29] ; 22(spe): 935-941. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700017&lng=en doi: 10.1590/S0103-21002009000700017.
15. Gomes IP, Amador DD, Collet N. A presenca de familiares na sala de quimioterapia pediátrica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 sep-oct [cited 2013 oct 29]; 65(5): 803-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/13.pdf doi: 10.1590/S0034-71672012000500013.
16. Costa JC, Lima RAG. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2002 may-jun [cited 2013 oct 29]; 10(3):321-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13342.pdf doi: 10.1590/S0104-11692002000300007.
17. Brito NTG, Carvalho R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. Einstein [Internet]. 2010 [cited 2013 oct 29]; 8(2 Pt 1):221-7. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1369-Einstein_v8n2_p221-7.pdf
18. Costa CA, Lunardi Filho WD, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003 may/jun [cited 2013 oct 29]; 56(3):310-314. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3.pdf doi: 10.1590/S0034-71672003000300019.

APENDICE III

O conforto sob a perspectiva dos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial

Comfort from the perspective of cancer clients undergoing outpatient chemotherapy

Comfort desde la perspectiva de los clientes con cáncer sometidos a quimioterapia ambulatoria

Lidiane da Fonseca Moura[1]
Carlos Roberto Lyra da Silva[2]

Artigo Original
Financiamento: da própria autora

Autor(a) correspondente: Lidiane da Fonseca Moura. Endereço: Rua Valença, 141, casa: 06. Jardim Mariléia, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. Telefone: (21) 973982761. E-mail: lidimoura@outlook.com

[1] Enfermeira Oncologista. Mestranda Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lidimoura@outlook.com

[2] Doutor em Enfermagem. Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Email: profunirio@gmail.com

O conforto sob a perspectiva dos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial
Comfort from the perspective of cancer clients undergoing outpatient chemotherapy
Comfort desde la perspectiva de los clientes con cáncer sometidos a quimioterapia ambulatoria

Resumo

A palavra conforto se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem durante seu processo de trabalho. Objetivou-se descrever os fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto. Estudo descritivo e quantitativo, realizado em um ambulatório de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos, do Estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto por duas partes: questões sócio - demográficas e a Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia. Dos 30 entrevistados, 70% corresponde ao sexo feminino e 30% ao sexo masculino. O diagnóstico mais destacado foi a Neoplasia de mama. O contexto social-cultural apresentou a maior média entre os entrevistados (M=31,6; DP=5,048), e o contexto ambiental representou a média mais baixa (M=17,2; DP=3,453). Os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial enfrentam alterações na sua vida relacionadas com o seu aspecto físico, fatores psicológicos e sociais, que afetam a pessoa doente e sua família. Palavras-chave: Enfermagem. Oncologia. Cuidados de Conforto.

Abstract

The word comfort is present in the vocabulary of nursing professionals during their work process. The objective was to describe factors associated with the cancer clients undergoing outpatient chemotherapy, which interfere with your perception of comfort. Descriptive and quantitative study, conducted in a private cancer care clinic in health, located in the Lake District, the State of Rio de Janeiro. To collect data, we used an instrument composed of two parts: socio - demographic and Comfort Rating Scale for Patients perform chemotherapy. Of the 30 respondents, 70% is female and 30% male. The most prominent diagnosis was breast neoplasm. The social and cultural context had the highest average among respondents (M = 31.6, SD = 5.048), and the environmental context represented the lowest average (M = 17.2, SD = 3.453). The cancer patients receiving outpatient chemotherapy facing changes in their lives related to their physical appearance, psychological and social factors affecting the sick person and his family. Keywords: Nursing. Medical Oncology. Hospice Care.

Resumen

La palabra confort está presente en el vocabulario de los profesionales de enfermería durante su proceso de trabajo. El objetivo fue describir los factores asociados a los clientes con cáncer sometidos a quimioterapia ambulatoria, que interfieren con su percepción de comodidad. Estudio descriptivo y cuantitativo, realizado en una clínica de atención del cáncer privado en salud, situado en el distrito de los lagos, el Estado de Río de Janeiro. Para recopilar los datos, se utilizó un instrumento compuesto de dos partes: socio - demográfica y Comfort Rating Scale para los pacientes realizan quimioterapia. De los 30 entrevistados, 70% es de sexo masculino femenino y 30%. El diagnóstico más destacado fue la neoplasia de mama. El contexto social y cultural tuvo el promedio más alto entre los encuestados (M = 31,6, SD = 5,048), y el contexto ambiental representa la media más baja (M = 17,2, SD = 3,453). Los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria frente a los cambios en su vida relacionados con su apariencia física, factores psicológicos y sociales que afectan a la persona enferma y su familia. Palabras clave: Enfermería. Oncología Médica. Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

Introdução

A palavra conforto se faz presente no vocabulário dos profissionais de enfermagem, que se utilizam corriqueiramente de expressões como: "prestado conforto"; "o paciente está confortável, foi confortado" ou "está confortavelmente instalado", durante seu processo de trabalho[1].

No decorrer de minha experiência profissional prestando assistência de enfermagem a pacientes portadores de câncer, em sala de infusão de quimioterápicos de uma instituição privada localizada no Rio de Janeiro, defrontei-me com diversas situações onde a palavra conforto da mesma forma, era constantemente referida pela equipe de enfermagem no decorrer do processo de cuidar, pude então perceber que tal vocábulo era utilizado nos mais diferentes contextos da prática de enfermagem empregada.

O cliente no decorrer da pragmática assistencial de enfermagem pode vivenciar diversas situações desconfortantes, entretanto, se faz mister não perder de vista a prioridade do cuidado de enfermagem considerando a sua base científica, pois é ela quem nos conduz à promoção do conforto efetivo[2].

Autores que se propuseram a estudar o cuidado que conforta, no desenvolvimento de sua Teoria humanista de enfermagem, afirmam que o cuidado de enfermagem é uma resposta confortadora de uma pessoa para a outra num momento de necessidade, no intuito de propiciar o desenvolvimento do bem-estar[3].

A literatura deixa transparecer que o conforto constitui significativamente o cuidado de enfermagem e está vinculado à sua origem e desenvolvimento assumindo, ao longo da história, diferentes significados que se relacionam com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução tecno-científica[1].

Neste sentido vale ressaltar sucintamente alguns teóricos que se propuseram a pesquisar o conceito de conforto, quais sejam: Leininger e Watson consideram o conforto como um

componente do cuidar, enquanto Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. No entanto, Morse considera o cuidar como um construto do conforto[1].

Morse centrou o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas ações dos enfermeiros, mas não se refere à avaliação do resultado dessas ações. Já Kolcaba considera que o processo do conforto só fica completo com a avaliação dos resultados, e a partir deste princípio criou uma teoria de médio alcance na qual o conceito é operacionalizado[1].

Apesar da filosofia do trabalho de enfermagem focar a satisfação do cliente, o seu bem-estar físico, emocional, espiritual, social e o de sua família, assim como a valorização dos profissionais de enfermagem, identificamos que o conforto vai muito além do significado de cuidado técnico.

O cuidado prestado pela enfermagem é constituído de conhecimentos técnico-científicos repletos de racionalidade, tanto como ações de sensibilidade, acolhimento, compaixão e expressões de amor ao próximo. Por isso que nem sempre o cuidado de enfermagem perante as bases científicas habituais pode ser suficiente para minimizar a sensação de desconforto do paciente.

Um ambiente de cuidado configura-se um espaço profissional onde relações profundas e significativas são estabelecidas de um ser para com o outro. Este ambiente emite uma atmosfera rica em segurança, respeito, zelo, conhecimento, carinho, afeição, compreensão, tolerância e amor pelas pessoas e pela profissão, resultando em confiança, segurança e conforto.

Não perder o foco da essência do cuidado de enfermagem no quesito assistencial é fundamental, pois, na assistência de enfermagem, é através do cuidado que alcançamos a promoção do conforto, não desmerecendo a questão de que em muitas ocorrências, o paciente possa experimentar sensações de desconforto.

Na tentativa de encontrar um conceito para determinar com acurácia a idéia de conforto, talvez o profissional de enfermagem necessite de certos atributos comportamentais para oferecer, com excelência, o conforto associado aos conhecimentos técnico-científicos, intuição, sensibilidade e emoção. Sendo assim, prestará um cuidado baseado no âmbito da razão como da emoção.

Partimos do pressuposto que uma assistência de enfermagem que valorize a subjetividade do cliente, considerando-o em sua individualidade, suas angústias e preocupações, obviamente não sendo desconsiderados os aspectos técnico-procedimentais, propiciará ao mesmo um melhor enfrentamento da situação vivenciada, consequentemente influindo positivamente, em sua percepção de conforto.

O objetivo desta investigação consistiu em descrever os fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto.

Metodologia

Com vistas a contemplar os objetivos propostos, o delineamento metodológico foi de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

O cenário foi 01 unidade ambulatorial de assistência oncológica privada em saúde, situada na Região dos Lagos, do Estado do Rio de Janeiro. A escolha do referido serviço deu-se pelo fato de ser a única instituição no município a ser desenvolvido a pesquisa que dispõem do serviço de quimioterapia antineoplásica ambulatorial.

A amostra foi composta por 30 clientes atendidos nesta unidade, que autorizaram suas participações conforme a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[4], após a assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Dessa forma foram atendidos os preceitos éticos e legais que circunscrevem a pesquisa que envolve seres humanos.

Vale destacar que esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, sendo devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, CAAE: 38846514.9.0000.5285.

Os critérios de inclusão definidos foram: os clientes que se encontrarem em tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial, tendo ou não sido submetidos a cirurgia, dominarem a língua portuguesa, saber ler e escrever e ter a capacidade cognitiva para responder ao questionário. O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico acidental ou de conveniência.

O instrumento de coleta de dados é composto por duas partes, a primeira explora as questões sócio - demográficas e a segunda aplica a Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ) de Gameiro e Apóstolo[5], construída com base no modelo operacional do conforto de Kolcaba.

No que tange às questões da avaliação sócio - demográfica, o questionário será composto por 2 questões dicotômicas, 2 de escolha direcionada e 6 questões abertas.

No tocante a Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ), cabe destacar que ela deriva do questionário geral de conforto, validado por Gameiro e Apóstolo, constituída por 33 afirmações[5].

As afirmações são apresentadas pela positiva e pela negativa (itens invertidos, questões 2; 5; 7; 8; 11; 15; 16; 17; 21; 22; 23; 24; 27 e 29) e cada afirmação avalia o conforto num estado e contexto específicos de forma a avaliar todos os seus domínios, de acordo com a estrutura taxonômica do conforto de Kolcaba:

A escala é do tipo Likert onde os participantes atribuirão ao grau de conforto/desconforto a pontuação de 1 a 5 para cada uma das afirmações, variando da seguinte forma:

1 – Não corresponde nada ao que ocorre comigo / é totalmente falso

2 – Corresponde pouco ao que ocorre comigo

3 - Corresponde bastante ao que ocorre comigo

4 - Corresponde muito ao que ocorre comigo

5 - Corresponde totalmente ao que ocorre comigo / é totalmente verdadeiro

Para medir os níveis de conforto, totais e parciais de acordo com os contexto e estados de conforto, facilitar o tratamento dos dados e análise de correlação das variáveis de caracterização, foram determinados, pelos autores que elaboraram a EACDQ, os valores máximo e mínimo dos escores para as 33 questões do questionário, assim obtiveram:

a) Conforto Total = o escore total, soma nas 33 questões dos scores, varia entre 33 e 165 (33 questões);

b) Contexto físico, Contexto psico-espiritual e Contexto social-cultural = o escore parcial varia entre 9 e 45 (9 questões);

c) Contexto ambiental = neste contexto o escore varia entre 6 e 35 (6 questões);

d) Estado de alívio e Estado de tranquilidade = o escore destes estados de conforto podem variar entre 12 e 60 (12 questões);

e) Estado de transcendência = o escore parcial para o contexto físico, varia entre 9 e 45 (9 questões).

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, que possui como objetivo descrever e sintetizar os dados de uma variável de cada vez, utilizando medidas de tendência central e de variabilidade, das quais utilizamos a média (M), moda (Md) e desvio padrão (DP).

Após a devida obtenção dos dados, os mesmos foram compilados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel.

Resultados e discussão

Na análise sócio-demográfica, verificamos que na amostra de 30 entrevistados 70% (21 entrevistados) corresponde ao sexo feminino e 30% (9 entrevistados) ao sexo masculino. Em

relação à idade obtivemos uma Média de 49,5 anos; DP=14,87824; com Mínimo de 26 e Máximo de 79.

O diagnóstico mais destacado foi a Neoplasia de mama com 14 entrevistados, seguidos das Neoplasia de Cólon e Linfoma Não Hodgkin com 3 entrevistados cada um. A Neoplasia de Pâncreas, a de Ovário e o Linfoma Hodgkin constituíram-se de 2 entrevistados cada. E por fim, identificamos 1 entrevistado nas seguintes neoplasias: Testículo; Pulmão; Útero e Sarcoma de Ewing.

O tempo de diagnóstico da doença em meses apresentou Média de 21; DP de 31,61646699; Mínimo de 2 e Máximo de 118.

Já o tempo de tratamento quimioterápico em meses, identificamos Média de 17; DP de 27, 70345843; com Mínimo de 1 e Máximo de 118.

Em seguida iremos apresentar a análise do nível de conforto global (tabela 1), através dos tipos de contexto, de forma a verificarmos em que âmbito existem níveis de conforto mais ou menos elevados.

De acordo com a tabela abaixo, o contexto social-cultural apresentou a maior média entre os entrevistados (M=31,6; DP=5,048), e o contexto ambiental representou a média mais baixa (M=17,2; DP=3,453).

Tabela 1 – Conforto Total

CONTEXTO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP
Físico	17	36	27,36666667	5,333684764
Psico-Espirital	18	40	28,43333333	4,438727166
Ambiental	10	25	17,2666667	3,453467356
Social-Cultural	19	43	31,6	5,048728075
Total	80	136	104,6666667	10,90818526

Fonte: instrumento de coleta de dados

Na análise descritiva do nível de conforto para cada uma das 33 questões da escala verifica-se que em todas as questões foram assinalados os valores máximo e mínimo, respectivamente 5 e 1.

A seguir serão apresentados os resultados em relação aos contextos do conforto, onde suas análises levarão em consideração que compondo cada um destes, existem questões positivas e negativas, inversamente proporcionais. Considera-se que desta forma será possível identificar as necessidades de conforto expressadas pelos sujeitos.

A tabela 2 apresenta o nível de conforto no contexto físico, onde se pode verificar que as maiores médias das questões negativas foram: Q2 "As náuseas são difíceis de suportar" (M=2; Moda=2; DP=1,170); Q8 "Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico" (M=2,2; Moda=1; DP=1,510) e Q21 "Sinto uma má disposição física que me impede de descansar" (M=2,4; Moda=1; DP=1,524).

Nas positivas, encontramos as menores médias nas questões a seguir: Q31 "Sinto o meu corpo relaxado" (M= 3,3; Moda=4; DP=1,534); Q32 "Neste momento já me sinto com energia e vigor físico" (M=3,3; Moda=3; DP=1,342); Q33 "Sinto-me fisicamente bem" (M=3,4; Moda=5; DP=1,5).

Tabela 2 – Contexto Físico

QUESTÃO	MÉDIA	MODA	DP
EACDQ 2	2	2	1,1700631
EACDQ 4	3,6	5	1,4994252
EACDQ 8	2,2	1	1,5104997
EACDQ 13	3,6	5	1,3767361
EACDQ 14	4,1	5	1,0806554
EACDQ 21	2,4	1	1,5241353
EACDQ 31	3,3	4	1,5340392
EACDQ 32	3,3	3	1,3429253
EACDQ 33	3,4	5	1,5004105

Fonte: instrumento de coleta de dados

Em relação ao contexto físico, alguns autores apontam que o emagrecimento, associado à fraqueza e a fadiga, atinge em grande frequência os pacientes oncológicos[6-9].

A doença e o tratamento são os responsáveis pelas alterações patológicas nos pacientes portadores de neoplasia maligna, pois atingem o sistema nervoso central, no centro da fome e da saciedade, podendo estimular a ingesta alimentar ou inibir a fome, e consequentemente resultar na perda de peso e fraqueza[6].

Estudos tem relacionado a fadiga com as consequências da doença que dependem do tratamento e do momento do tratamento. Alguns mecanismos somáticos têm sido associados com a fadiga, como a desnutrição provocada pela anorexia, alterações no metabolismo, vômitos, diarreia e a anemia que pode levar ao cansaço durante o dia[7].

Ao discutir a etiologia da fadiga, a possibilidade da influência dos fatores psicológicos faz-se presente, como por exemplo a depressão oriunda da preocupação diária com a fatalidade da doença. Logo, a depressão e a fadiga podem ocorrer concomitantemente[9].

A fadiga talvez seja a mais comum e debilitante resposta ao tratamento das pessoas acometidas pelo câncer, porque interfere diretamente na realização das atividades do dia a dia.

As náuseas e os vômitos podem ocorrer horas depois da sessão de quimioterapia, mesmo com o uso da medicação anti-emética, pois as células do trato gastrointestinal são afetadas. A severidade do vômito pode variar conforme a medicação e a dose da quimioterapia, e ele poderá fazer com que o paciente se torne anorético, perca peso e se desidrate[6].

A imagem corporal também foi destacada pelos sujeitos da pesquisa como uma necessidade, pois os pacientes com câncer lidam com alterações da imagem corporal ao longo da doença e do tratamento. A cirurgia, a queda dos cabelos, o emagrecimento, as alterações cutâneas, são alguns dos efeitos que podem surgir ameaçando a auto-estima e a imagem corporal destes pacientes[10].

O ser humano ao planejar sua vida vislumbra um futuro feliz e promissor, almejando saúde e dinamismo. No entanto, quando se vê inserido em uma realidade diferente da planejada, que possa interferir na sua vaidade, autonomia, vontade de viver, autoconfiança e, principalmente, provocar mudanças significativas em sua imagem corporal, ele se sente derrotado perante o mundo[11].

A quimioterapia potencializa a possibilidade dos doentes prosseguirem com a vida, no entanto, seus efeitos adversos são responsáveis por transformações nos seus corpos que resultam em alterações na sua imagem corporal e auto-estima. E por conseguinte, o tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes seguidos de sentimentos conflituosos de dor, sofrimento, medo, frustração, angústia e desespero[10].

Na tabela 3 serão apresentadas as questões referentes ao contexto psico-espiritual, onde podemos destacar as questões negativas que obtiveram as médias maiores: Q15 "As alterações que tenho vivido deixam-me receosa" (M=2,6; Moda= 2; DP=1,399) e Q29 "Tenho medo do que possa acontecer a seguir" (M=2,6; Moda=2; DP=1,548). Em contrapartida temos uma questão positiva que merece destaque: Q1 "Sei que o meu mal estar é passageiro" onde verificamos uma menor média (M=3,8; Moda=5; DP=1,487).

Tabela 3 – Contexto Psico-Espiritual

QUESTÃO	MÉDIA	MODA	DP
EACDQ 1	3,8	5	1,487496
EACDQ 5	2,5	2	1,4789159
EACDQ 9	4,6	5	0,971431
EACDQ 11	2,1	1	1,3344618
EACDQ 15	2,6	2	1,3993313
EACDQ 16	2,1	1	1,4793599
EACDQ 18	4,6	5	0,9643055
EACDQ 25	4,2	5	1,2279807
EACDQ 29	2,6	2	1,5488753

Fonte: instrumento de coleta de dados

O paciente oncológico ao vivenciar uma doença que traz consigo a probabilidade concreta de morte, tem para si aberto dois caminhos: fugir para o esquecimento, isto é, entregar-se à doença e perder-se na banalidade cotidiana, ou imprimir seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo, assumindo seu estar autêntico no mundo[7,12].

Existir no mundo com câncer é percorrer um caminho que se inicia com o diagnóstico da doença e continua por toda a vida. Estendendo-se para além das restrições do tempo e espaço do tratamento, é um ir e vir em busca da esperança de cura[12].

O sofrimento oriundo do câncer, proporciona significados de força e fraqueza, de vulnerabilidade e determinação, de resignação e coragem. Nessa condição, as pessoas voltam-se a Deus pela primeira vez, ou mais frequentemente do que antes, pois acreditam que Ele sempre ajuda[13].

O significado que os pacientes atribuem ao fato de terem vivenciado o câncer, referem que "sentir-se cada vez mais próximo de Deus parece também sugerir uma necessidade ou vontade crescente de se aproximar dos outros, já significando uma forma de enfrentamento[13].

A busca por ajuda e conforto do paciente na fé, se existente, deve ser encorajada, pois a religião traz força e coragem para dar continuidade ao tratamento e sequência as atividades do dia a dia[13].

Na tabela 4 podemos verificar que o nível de conforto para o contexto ambiental apresentou média mais elevada na seguinte questão negativa: Q7 "Os barulhos perturbam-me" (M=2,3; Moda=1; DP=1,624). Em relação à questão positiva, destacamos: Q20 "Os cheiros já não me incomodam", sendo uma questão afirmativa, apresentou uma média mais baixa neste contexto (M=3,2; Moda=5 DP=1,618).

Tabela 4 – Contexto Ambiental

QUESTÃO	MÉDIA	MODA	DP
EACDQ 7	2,3	1	1,6244657
EACDQ 17	1,6	1	1,3767361

EACDQ 20	3,2	5	1,6180935
EACDQ 27	1,6	1	1,2827715
EACDQ 28	4,3	5	1,1547005
EACDQ 30	4,7	5	0,8495145

Fonte: instrumento de coleta de dados

A intolerância aos ruídos evidenciada pelos sujeitos, se deve ao fato que algumas drogas antineoplásicas utilizadas frequentemente no tratamento de diferentes tipos de câncer apresentam efeitos colaterais como a ototoxidade[14].

As manifestações ototóxicas das substâncias consistem em zumbido e perda auditiva neurossensorial bilateral. Na maioria dos casos, moderadas perdas auditivas neurossensoriais bilaterais assintomáticas nas frequências altas são frequentemente encontradas[14].

Apresentamos na tabela 5 o nível de conforto em elação ao contexto social-cultural apresentou médias acima do score 4 para todos os itens positivos. Sendo a Q26 "O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento" (M=4,2; Moda=5; DP=1,272) aquela que obteve a menor média, com maior variância dentre as outras. No entanto, o item negativo que apresentou a maior média foi a Q24 "Sinto-me dependente dos outros" (M=2,1; Moda=1; DP=1,455).

Tabela 5 – Contexto Social-Cultural

QUESTÃO	MÉDIA	MODA	DP
EACDQ 3	4,3	5	1,184187
EACDQ 6	4,3	5	1,24106
EACDQ 10	4,7	5	0,8407714
EACDQ 12	4,6	5	0,7310209
EACDQ 19	4,8	5	0,7394579
EACDQ 22	1,7	1	1,3012001
EACDQ 23	1,9	1	1,5959719
EACDQ 24	2,1	1	1,4558641
EACDQ 26	4,2	5	1,2720981

Fonte: instrumento de coleta de dados

Viver e conviver com câncer continua sendo um fato social significativo, pois possui conotações maléficas, gerando modificações importantes nas relações sociais do doente e na dinâmica familiar[15].

O doente e sua família buscam nas suas potencialidades individuais, o apoio que necessitam para seguir a vida e superar os obstáculos impostos pela doença.

A família é a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Esta relação familiar apresenta-se de forma interligada como se fosse uma extensão um do outro[13].

O surgimento de uma doença grave, responsável por modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas, faz-se o apoio familiar se intensificar e ser essencial para os obstáculos que poderão surgir.

A presença constante e o carinho de familiares e amigos, faz o paciente portador de câncer sentir não só a proximidade como também o apoio deles. Este estreitamento dos laços familiares encoraja o paciente, diminuindo a sensação de vulnerabilidade e incapacidade provocada pela doença[13].

O acolhimento da família ao indivíduo com câncer, se faz elemento fundamental no processo de enfrentamento à doença, pois fornece segurança ao paciente, contribuindo para sua autoestima, autoconfiança, recuperação física e retorno às atividades sociais[16].

Conclusão

Os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial enfrentam alterações na sua vida relacionadas com o seu aspecto físico, fatores psicológicos e sociais, que afetam a pessoa doente e sua família.

O câncer quando é diagnosticado, normalmente vem permeado de sintomas físicos como dor, desconforto, alterações na imagem corporal e psíquicos como medo das limitações impostas pela doença, levando a perda da autonomia, consequentemente gerando por parte do

indivíduo acometido a dependência de alguém. Esta problemática é muito particular e exige cuidados que vão ao encontro das necessidades dos pacientes.

Além das atividades técnico-científicas que permeiam a prática profissional da enfermagem, a equipe deve adotar medidas de auxilio no alívio da ansiedade, da tensão, do medo e da angústia, tanto dos pacientes, quanto de seus familiares, pois estes fatores também influem diretamente no processo assistencial, uma vez que constituem importantes obstáculos no processo de implementação da relação enfermeiro/cliente.

A enfermagem deve prestar um cuidado holístico, utilizando ferramentas terapêuticas para a promoção de conforto e de bem-estar. Logo, os cuidados devem conter intervenções no âmbito das alterações ou sintomas físicos, na gestão de emoções, na preparação para as alterações da rotina e eventual modificação no seu papel familiar e sócio laboral, permitindo que este paciente possa se adaptar a uma nova condição de saúde e de vida.

Referências

1. Apóstolo JLA. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência [on-line]. 2009 [acesso em: 05 jan. 2015]. 2(9): 61-7. Disponível em: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa =&id_artigo =21 33&id_revista=4&id_edicao=26.
2. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA. Environment and tecnology: a reflection about care and confort provided by nursery in hospitalar. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online [on-line]. 2010 abr/jun [acesso em: 10 jan. 2015]. 2(2):883-8. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/313.
3. Paterson J, Zderad L. Humanistic nursing. New York: John Wiley & Sons, 1976.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466. Distrito Federal; 2012 [acesso em: 10 jan. 2015]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ resolucoes/2012/Reso466.pdf.
5. Apostolo JLA, Batista ACM, Macedo CMR, Pereira EMR. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. Referência [on-line]. 2006 [acesso em: 10 mar. 2015]. 2(3):55–64. Disponível em: http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment /Sofrimento_e_conforto_em_doentes_submetidos_a_quimioterpia.pdf.
6. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skerman H, Alexander K, Aouizerat B et al. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. BMC Cancer [on-line]. 2013 Jan [acesso em: 20 ago. 2015]. 3;13:6. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576303/?tool=pubmed.
7. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. Rev Esc Enferm USP [on-line]. 2013 [acesso em: 20 ago. 2015]. 47(2):355-61. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/12.pdf.

8. Brateibach V, Domenico ELB, Berlezi EM, Loro MM, Rosanelli CLSP, Gomes JS et al. Revista Ciência & Saúde [on-line]. 2013 mai/ago [acesso em: 20 ago. 2015]. v. 6, n. 2, p. 102-9. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/12604/9711.
9. Biava P. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com história de câncer atual ou em remissão há menos de cinco anos internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2012 [acesso em: 20 ago. 2015]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/121539.
10. Silveira e Silva, M, Kern de Castro E, Chem C. Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Universitas Psychologica [on-line]. 2012 [acesso em: 21 ago. 2015]. 11(1), 13-23. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000100002.
11. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2012 Mar [acesso em: 21 ago. 2015]. 17(3): 707-716. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf.
12. Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on-line]. 2005 Out [acesso em: 21 ago. 2015]. 13(5): 677-685. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500011&lng=en.
13. Severo IM, Gorini MIPC. Alterations in the way of living of elderly people with cancer. Online braz j nurs [on-line]. 2009 Jul [acesso em: 21 ago. 2015]. 8 (2). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2417.
14. Almeida EOC, Umeoka WG, Viera RC, Moraes IF. Estudo audiometrico de alta fraquência em pacientes curados de câncer tratados com cisplatina. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [on-line]. 2008 Jun [acesso em: 21 ago. 2015]. 74(3): 382-390. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000300012&lng=en.
15. Dell´Aringa AHB. Avaliação audiológica em pacientes submetidos aos tratamentos radioterápico e quimioterápico exclusivo ou combinado. Ribeirão Preto, 2010 [acesso em: 22 ago. 2015]. Disponível em: http://roo.fmrp.usp.br/teses/2010/ana_helena_bannwart_dell_aringa.pdf.
16. Pereira APS, Carneiro CC, Pinto MH, Martins MRI, Netinho JG, Cesarino CB. Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após cirurgia. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2015 Abr/Jun [acesso em: 22 ago. 2015]. 14(2):1051-1057. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21692/pdf_367.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

I) Identificação

Nome: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de Nascimento: ____/____/_____

Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Outros: _____

( ) Casado (a) ( ) União Estável

Religião: _____

Escolaridade: ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto

( ) 2º Grau Completo ( ) 3º Grau Incompleto ( ) 3º Grau Completo

Profissão/Ocupação: _____

Procedência: _____

Internação Prévia: ( ) Não ( ) Sim Data: ___/___/_____

Acompanhante: ( ) Não ( ) Sim Parentesco: _____ Tel. de contato: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Alergias: ( ) Não/Desconhece ( ) Sim Quais: _____

II) História Atual e Pregressa

Diagnóstico Médico: _____

Data do Diagnóstico: ___/___/_____

Tratamento Proposto: _____

Tratamentos Anteriores: ( ) Não ( ) Sim ( ) RxT ( ) QT Qual: _____

Cirurgia Prévia: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____

Outros Tratamentos: _____

Patologias Associadas: ( ) Não/Desconhece ( ) Diabetes Melittus

( ) Hipertensão Arterial ( ) Cardiopatia

( ) Outras:

Medicamentos em uso: ( ) Não ( ) Sim Quais: _____

Transfusão Sanguínea: ( ) Não/Desconhece ( ) Sim

Dependência Química: ( ) Não ( ) Sim ( ) Tabaco Freqüência: _____ ( ) Álcool Freqüência: _____

( ) Outras drogas: _____ Freqüência: _____ ( ) Ex-dependente: Especifique/ Tempo:_____

III) Necessidades Psicobiológicas:

Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sonolento

Distúrbios da Linguagem: ( ) Sem alterações ( ) Dislalia ( )Disartria ( ) Disfonia ( ) Afasia

Mestrado Profissional PPgsteh

IV) Exame Físico:

Linfonodo Superficial Palpável: ( ) Não ( ) Sim

( ) Auricular anterior ( ) Auricular posterior ( ) Submaxilar ( ) Cervical

( ) Fossa Clavicular ( ) Axilar ( ) Inguinal

Acuidade Visual: Preservada ( ) Sim ( ) Não Qual: _____

Acuidade Auditiva: Preservada ( ) Sim ( ) Não Qual: _____

Fonação: Preservada ( ) Sim ( ) Não

Tátil: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Reduzida ( ) Ausente ( ) Anesteia ( ) Hiperestesia ( ) Hipoestesia

Gustatória: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Ageusia ( ) Digeusia ( ) Hipergeusia ( ) Hipogeusia

Olfatória: Preservada ( ) Sim ( ) Não

( ) Anosmia ( ) Hiposmia ( ) Hiperosmia

Mucosas Conjutivais: ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas

Boca: Língua: Íntegra ( ) Sim ( ) Não ( ) Saburrosa ( ) Úlcera ( ) Fissura

Dentes: Íntegra ( ) Sim ( ) Não ( ) Ausência ( ) Parcial ( ) Total ( ) Dor ( )Cárie

Prótese dentária: ( ) Não ( ) Sim Onde: _____

Halitose: ( ) Não ( ) Sim

Gengiva: ( ) Sem alterações ( ) Edema ( ) Sangramento ( ) Dor

Lábios: Íntegros ( ) Sim ( ) Não ( ) Outros: _____

Condição da higiene oral: ( ) Adequada ( ) Inadequada

Pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ictérica ( ) Cianótica

Lesões de Continuidade: ( ) Não ( ) Sim – Localização: _____

Característica: _____

Abdômen: ( ) Plano ( ) Escavado ( ) Flácido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Ascítico

Perímetro Abdominal: _____ cm ( ) Outros: _____

Peristalse: ( ) Presente ( ) Ausente

Função Intestinal: ( ) Preservada Frequência: _____ dias/semana Característica: _____

( ) Ausente: _____ dias

Dispositivo para Ostomia: ( ) Não ( ) Sim Local: _____

Órgãos Genitais: ( ) Sem alterações ( ) Com alterações Quais?

_____

Diurese: Espontânea: ( ) Sim ( ) Não ( ) Cistostomia ( ) Nefrostomia – Localização: _____

( ) Cateterismo – ( ) Alívio ( ) Demora

Alterações: ( ) Não ( ) Sim – ( ) Incontinência ( ) Anúria ( ) Poligúria ( ) Oligúria ( ) Disúria

Mestrado Profissional PPgsteh

Mobilidade e Locomoção:

Mobilidade: ( ) Sem Alterações ( ) Com Alterações Quais?_____

Locomoção: ( ) Sem Auxílio ( ) Com Auxílio ( ) Muleta ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas

Amputação: ( ) Não ( ) Sim – Local: _____

Órtese: ( ) Não ( ) Sim – Qual:_____

Próteses: ( ) Não ( ) Sim Quais:_____

Nutrição e Hidratação:

Peso: ____ Kgr; Altura: _____ cm; SC: _____ m; IMC: _____ Kg/m

Oral: ( ) Sem Auxílio ( ) Com Auxílio

Ingesta Alimentar: ( ) Total ( ) Parcial – Motivo:_____

Ingesta Hídrica: ( ) Adequada: +/- 8 copos/dia ( ) Inadequada: - 8 copos/dia

Cateteres: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Esofagostomia

( ) Nasogástrico ( ) Nasoentérico

Membros Superiores: Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

Membros Inferiores: Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual?_____

Condição de rede venosa: ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Calibrosa ( ) Palpável ( ) Impalpável

Acesso Venoso: ( ) Periférico ( ) Profundo – Cateter Totalmente Implantado

Local: _____ Alterações: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Sono e Repouso:

Padrão de sono: ( ) Sem Alteração ( ) Com Alteração ( ) Insônia ( ) Hipersonia ( ) Induzido

Estado Emocional: ( ) Tranqüilo ( ) Ansioso ( ) Assustado ( ) Choroso ( ) Agitado

( ) Irritado ( ) Triste ( ) Agressivo

Imagem Corporal:

Existe alteração da imagem corporal: ( ) Não ( ) Sim

Refere percepção alterada do corpo: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta respostas não verbais relacionadas à doença e suas consequências: ( )Não ( )Sim

Evita reconhecer e tocar o próprio corpo: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta verbalização auto negativa: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta expressões de vergonha: ( ) Não ( ) Sim

Verbaliza sentimentos de culpa: ( ) Não ( ) Sim

Avalia a si mesmo como incapaz: ( ) Não ( ) Sim

Auto Cuidado: ( ) Independente ( ) Dependente: ( ) Parcial ( ) Total

Atividades de lazer e recreação: ( ) Não ( ) Sim Quais: _____

Sinais Vitais:

FR: _____ irpm; Sat. O2: _____%; FC: _____ bpm; Tax: _____ºC; PA: _____ mmHg.

Mestrado Profissional PPgsteh

Orientações de Enfermagem:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ___/___/_____ _____

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

Autora: Lidiane da Fonseca Moura

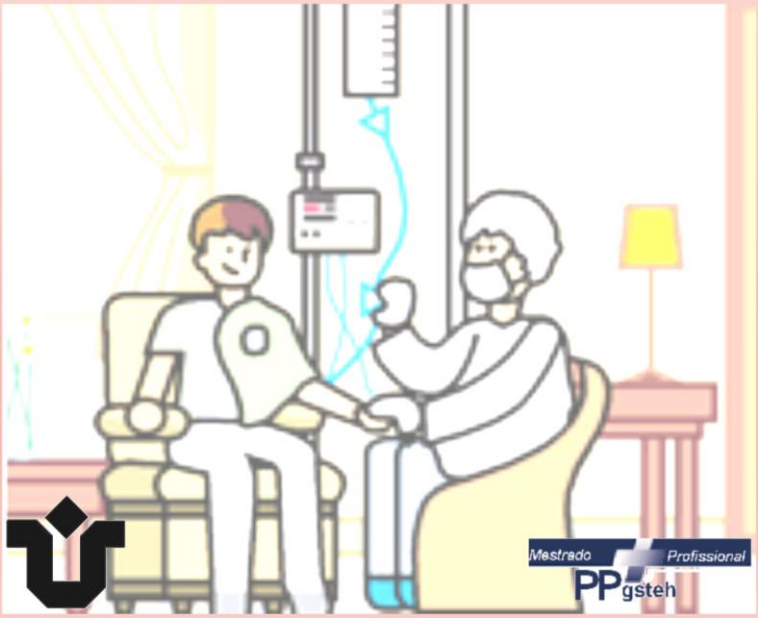
Contato: lidimoura@outlook.com

Mestrado Profissional PPgsteh

Quimioterapia

Por Lidiane da Fonseca Moura

O que você precisa saber!



Sumário

3 O Que é Quimioterapia Antineoplásica?
4 Como é feito o Tratamento Antineoplásico?
4 Como é administrada a Quimioterapia Antineoplásica?
5 Quanto tempo dura a Quimioterapia Antineoplásica?
5 A Quimioterapia Antineoplásica causa dor?
5 Não estou sentindo mais nada. Por que ainda estou fazendo Quimioterapia?
6 A minha vida precisa mudar?
6 Posso tomar outros remédios?
6 Posso tomar bebidas alcóolicas?
6 Como os quimioterápicos são eliminados do corpo?
7 Posso contaminar meus familiares em casa, após receber Quimioterapia?
7 E minhas atividades sexuais?
8 Reações desagradáveis da Quimioterapia Antineoplásica?
13 Cateter Venoso Totalmente Implantado
14 Faça valer seus direitos

O Que é Quimioterapia

É o termo designado para o uso de medicamentos no tratamento do câncer. Ela pode ser usada sozinha, ou associada à Cirurgia e/ou Radioterapia.

O objetivo principal da Quimioterapia Antineoplásica é a cura da doença, mas também é utilizada para limitar o crescimento do tumor ou, ainda, para aliviar os sintomas gerados pela doença.

Os medicamentos, em sua maioria, são aplicados na veia, podendo também ser por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal, como explicaremos a seguir. Estes medicamentos se misturam ao sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo que elas se espalhem pelo corpo.

A Quimioterapia Antineoplásica ao percorrer todo o corpo, através do sangue, atinge também as células que não estão doentes. Esta ação é responsável pelos efeitos colaterais que podem acontecer durante o tratamento, como náuseas, vômitos, anemias, infecções, queda do cabelo etc. No entanto, estes efeitos são passageiros, e podem ser prevenidos e amenizados como abordaremos adiante.

Como é feito o Tratamento Antineoplásico?

Após a Consulta Médica e a liberação do médico para o início do tratamento, sua Quimioterapia será marcada e você receberá da Enfermeira orientações sobre o seu tratamento, de acordo com a prescrição médica.

A Quimioterapia Antineoplásica é diferenciada de pessoa por pessoa, dependendo do tipo de tumor, idade e suas condições gerais de saúde.

A Quimioterapia pode ser constituída por uma única medicação ou pela associação de várias delas. E esta será administrada por profissionais capacitados da Equipe de Enfermagem, podendo ser feita das seguintes maneiras:

- Ambulatorial: o cliente vem de sua residência para receber o tratamento, e retorna para a mesma.

Como é administrada a Quimioterapia Antineoplásica?

O tratamento pode ser realizado das seguintes formas:

- Via oral (pela boca): são remédios em forma de comprimidos, cápsulas e líquidos, que você pode tomar em casa;
- Via intravenosa (pela veia): a medicação é aplicada na veia por meio de cateter (que é um tubo fino colocado na veia), na forma de injeções ou dentro do soro;
- Via intramuscular (pelo músculo): a medicação é aplicada por meio de injeções no músculo;
- Via subcutânea (abaixo da pele): a medicação é aplicada por meio de injeção no tecido gorduroso, acima do músculo;
- Via intratecal (pela espinha dorsal): é pouco comum, sendo aplicada no líquor (líquido da espinha), administrada pelo médico, em uma sala própria ou no Centro Cirúrgico;
- Via Intravesical: a medicação é aplicada dentro da bexiga através de uma sonda;
- Tópico (sobre a pele): o medicamento, que pode ser líquido ou pomada, é aplicado na pele.

Quanto tempo dura a Quimioterapia Antineoplásica?

O tratamento antineoplásico é planejado de acordo com o tipo do tumor, estágio da doença e condições próprias do paciente. O conjunto destes dados definem os medicamentos e as quantidades que serão feitas.

As aplicações podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, obedecendo os intervalos estabelecidos pelo médico.

Não existe um prazo fixo em relação ao período de tratamento e a quantidade de vezes que o paciente fará a Quimioterapia Antineoplásica, pois cada organismo possui uma maneira própria de reagir aos medicamentos.

A Quimioterapia Antineoplásica causa dor?

A única dor que você deverá sentir é a da "picada" da agulha na pele, na hora de puncionar a veia para fazer a administração da quimioterapia. Algumas vezes, certos medicamentos podem causar uma sensação de desconforto, ardência, queimação, placas avermelhadas na pele e coceira.

Avise imediatamente ao profissional que estiver lhe atendendo se você sentir qualquer um destes sintomas.

Não estou sentindo mais nada. Por que ainda estou fazendo Quimioterapia?

O fato de você estar se sentindo assim, não significa que as aplicações devem ser suspensas. Significa que você está respondendo bem ao tratamento, e o seu médico indicará o momento em que as aplicações deverão terminar em função das características da sua doença.

A minha vida precisa mudar?

A sua vida não precisa mudar, e você poderá manter suas atividades de lazer e trabalho. Porém, é possível que você sinta necessidade de repousar nos primeiros dias após o tratamento.

Se você sentir que o tratamento está interferindo em seu trabalho e/ou lazer, converse com o seu médico.

Posso tomar outros remédios?

Caso tenha outros problemas de saúde, informe ao seu médico. A princípio não interrompa o uso dos seus remédios.

Se você precisar de Consulta Médica fora do Instituto, informe ao médico que você encontra-se em Tratamento Oncológico aqui no Instituto e sobre os remédios que estiver tomando. E avise também ao seu médico do Instituto sobre a

Posso tomar bebidas alcóolicas?

Você não está proibido de tomar bebidas alcoólicas, a não ser que esteja tomando antibióticos e tranquilizantes, porém é aconselhável parar ou diminuir o consumo durante o tratamento.

Como os quimioterápicos são eliminados do corpo?

Após fazer o efeito desejado, a medicação é eliminada do corpo principalmente através da urina, mas também pode ser encontrada nas fezes, vômito, suor, lágrima e sêmen.

Posso contaminar meus familiares em casa, após receber Quimioterapia?

Durante um período de cinco dias após o tratamento, alguns cuidados simples devem ser tomados: após urinar, adicione detergente líquido (lava louças) dentro do vaso sanitário, abaixe a tampa, aguarde cerca de três minutos e então dê duas vezes a descarga. O mesmo cuidado pode ser tomado para vômitos e/ou fezes.

E minhas atividades sexuais?

A Quimioterapia Antineoplásica não interfere necessariamente com as atividades sexuais. Estas atividades podem ser mantidas normalmente, porém alguns assuntos devem ser abordados:

- Uso de preservativos: a camisinha deve ser utilizada com rigor durante as relações sexuais, para proteger o casal caso ocorra eliminação de quimioterapia no sêmen ou secreção vaginal. Além disso, ela pode prevenir infecções caso esteja no período de baixa imunidade.
- Reprodução e Sexualidade: A Quimioterapia Antineoplásica pode causar efeitos indesejáveis como a suspensão temporária da menstruação, a menopausa precoce nas mulheres e a andropausa nos homens, levando a disfunções sexuais, ondas de calor, ressecamento vaginal e perda da libido.
- Gravidez: durante o tratamento quimioterápico a gravidez deve ser evitada, uma vez que os medicamentos podem causar má formação fetal. Consulte o seu médico quanto ao melhor método contraceptivo a ser usado durante seu tratamento.

Reações desagradáveis da Quimioterapia Antineoplásica?

Os quimioterápicos possuem a vantagem de se distribuir por todos os locais do corpo, destruindo as células doentes. No entanto, as células normais também são atingidas, podendo provocar alguns sintomas chamados efeitos colaterais.

Esses efeitos não são obrigatoriamente apresentados por todas as pessoas e variam de intensidade dependendo da resposta individual ao tratamento.

É importante que você comunique seu médico e enfermeira sobre os sintomas apresentados, para que eles o auxiliem durante este período.

Náuseas e vômitos

As medicações quimioterápicas podem causar irritação nas paredes do estômago e intestino, provocando enjôo e até mesmo vômito.

Esses sintomas podem ocorrer no dia da aplicação, podendo prolongar-se por um dia ou dois dias.

Recomenda-se:

- Tome o medicamento para evitar náuseas e vômitos, conforme prescrição médica, e não somente quando apresentar sintomas;
- Alimente-se em pequenas quantidades, várias vezes ao dia;
- Beba líquido de acordo com sua preferência (pode ser gelado), no intervalo das refeições, podendo ser bebidas gasosas, água com gotas de limão ou outros líquidos;
- Evite alimentos gordurosos, frituras, doces e condimentos. Torradas e pipoca podem ajudar;
- Evite deitar-se de estômago cheio e repouso em cadeiras após as refeições;
- Procure ambientes arejados, tranquilos, livre de odores;

Queda do cabelo

A queda do cabelo, ou alopecia, como é chamada, varia de intensidade, dependendo do medicamento utilizado e, de acordo com a reação de cada pessoa ao tratamento, pode ser parcial ou total e inicia-se geralmente 15 a 20 dias após a quimioterapia.

Não se preocupe, pois este efeito é temporário e reversível. O cabelo voltará a crescer após o término da quimioterapia.

Recomenda-se:

- ⇒ Usar shampo e condicionador suaves;
- ⇒ Evitar o uso de secador, tintura, prendedor de cabelos, realizar tratamentos químicos no cabelo.
- ⇒ *Se preferir, faça uso de boné, lenços, chapéus, perucas, turbantes.*

Feridas na boca

Alguns quimioterápicos podem provocar o aparecimento de feridas parecidas com aftas na boca, garganta e irritações nas gengivas.

Esses sintomas podem causar dor e dificultar a alimentação. No entanto, duram poucos dias.

- ⇒ Inspecionar diariamente a boca;
- ⇒ Mantenha a higiene oral através da limpeza dentária. Evite procedimentos ásperos, utilizando escova de cerdas macias ou algodão com o dedo ou espátula. E siga a orientação do seu médico;
- ⇒ Procure ingerir alimentos pastosos e líquidos em temperatura ambiente;
- ⇒ Evite alimentos ácidos e condimentados;
- ⇒ Aumente a ingestão de líquidos;
- ⇒ Realize bochechos, quando necessários, com produtos indicados pelo seu médico.

Diarréia

Ocorre quando há alterações no volume, frequência e consistência das fezes, diferente do padrão habitual de eliminação intestinal.

Recomenda-se:

- ⇒ Adequar-se à dieta pobre de resíduos;
- ⇒ Aumentar a ingestão de líquidos pelo menos dois litros (água, chá, água de coco, sucos);
- ⇒ Dar preferência a alimentos sem gorduras e condimentos, como arroz, frango, torradas, batata, cenoura, banana, maçã, caju, goiaba;
- ⇒ Evitar leite e seus derivados (queijo, manteiga, requeijão etc);
- ⇒ Evitar frituras, comidas gordurosas e com muito molho, e muito temperadas, feijão, café;
- ⇒ Realizar a higiene perianal com água e sabão neutro após cada evacuação;

Prisão de ventre

Alguns medicamentos podem provocar dificuldades no funcionamento do intestino, causando a retenção das fezes, Avise seu médico caso este sintoma permaneça por mais de dois dias.

Recomenda-se:

- ⇒ Aumentar o consumo de alimento ricos em fibras e a ingestão de líquidos;
- ⇒ Fazer uso de laxativos, se necessário, conforme orientação médica.

Fadiga/Anemia, Leucopenia e Trombocitopenia

Os medicamentos utilizados para combater as células doentes, também destroem algumas das células sadias do nosso organismo. Algumas das células mais afetadas são as do sangue, como os glóbulos brancos, que defendem nosso organismo de infecções, os glóbulos vermelhos, que transportam oxigênio para todas as partes do nosso corpo, e as plaquetas, que atuam na coagulação do sangue.

Quando as taxas sanguíneas diminuem, podem aparecer sintomas como cansaço aos pequenos esforços (fadiga), falta de ar e fraqueza muscular, palidez, febre, pintas avermelhadas na pele, manchas roxas e vermelhas e sangramentos.

A contagem destas células é periodicamente avaliada através do exame de sangue. Seu médico indicará a melhor conduta a ser tomada, caso estas alterações transitórias sejam observadas.

Recomenda-se:

- Repousar o máximo que puder, reduza as atividades físicas neste período;
- Ingerir alimentos ricos em ferro, incluindo legumes e verduras escuras.

Febre

Alguns dias após a quimioterapia há uma diminuição temporária das defesas do organismo, que fica predisposto a contrair mais facilmente infecções por vírus, bactérias e fungos.

A febre é um sinal de alerta para a existência de infecções no organismo.

Os sinais de infecção são: febre; calafrios; pele empolada; queimação ou dor ao urinar; sangramento; falta de ar; tosse.

Avise seu médico para que ele possa indicar o tratamento adequado.

Recomenda-se:

- Manter a higiene corporal e bucal;
- Lavar as mãos várias vezes ao dia, principalmente antes das refeições, antes e após ir ao banheiro e ao chegar da rua;
- Evitar locais aglomerados, fechados, pouco ventilados e o contato com pessoas gripadas ou com outras doenças (como: sarampo, catapora, caxumba, rubéola etc);
- Evitar cortes ao fazer barba, axilas e pernas. O ideal é não raspar;
- Evitar cutilar as unhas e espremer cravos e espinhas;
- Verificar a temperatura e comunicar elevações acima de 37,8°C.

Hiperpigmentação

Alguns medicamentos utilizados no tratamento quimioterápico podem causar escurecimento da pele quando exposta aos raios solares, principalmente nas dobras das articulações, nas unhas e no trajeto das veias. As unhas também poderão ficar quebradiças.

Recomenda-se:

- Fazer uso de protetor solar (fator 30 ou mais) nas regiões expostas ao sol;
- Evitar exposição ao sol das 10 às 16 horas;
- Usar chapéu, boné, lenços para proteger a face e a cabeça da exposição solar;
- Manter a pele sempre hidratada;
- Evitar o uso de soluções abrasivas para limpeza da pele.

Formigamento nos pés e nas mãos

Alguns medicamentos podem causar neuropatia periférica sensitiva, ou seja, formigamento ("dormência") nos pés, mãos e lábios. Este é um efeito passageiro, mas deve ser comunicado ao seu médico.

Recomenda-se:

- Evitar exposição ao ar frio, ingestão de líquidos gelados e contato da pele com superfícies frias em até uma semana após a infusão.

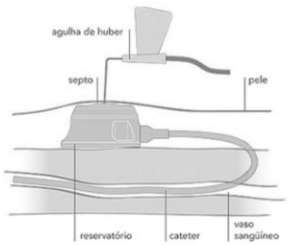
Cateter Venoso Totalmente Implantado

É um reservatório ligado a um tubo fino, colocado em uma veia do seu corpo. Ele ficará por baixo da pele, e será utilizado para aplicar a quimioterapia.

A sua colocação ocorre através de cirurgia que dura cerca de 1 (uma) hora, com anestesia local. Ele poderá ser colocado no peito ou no braço, dependendo de cada paciente. Após a colocação do cateter, você retornará para sua casa.

A manipulação só deve ser feita por enfermeiro treinado e com agulha própria.

A cada 30 dias deve-se fazer o que chamamos de Heparinização do cateter, ou seja, é feita a punção do cateter para limpeza do mesmo.



Faça valer seus direitos

Existem algumas leis que poderão beneficiá-lo após o diagnóstico da neoplasia maligna.

Alguns deles são:

- Saque do FGTS;
- Retirada do PIS/PASEP;
- Isenção de Imposto de Renda;
- Andamento Jurídico prioritário;
- Gratuidade no transporte urbano;
- Isenção do IPVA;

Recomendações Importantes

É muito importante que você esteja participando do seu tratamento. Você, certamente, se sentirá melhor assim.

Todos os efeitos colaterais são temporários e, quando comunicados em tempo, são, geralmente, reversíveis.

A equipe multiprofissional está capacitada para atendê-lo durante esta fase.

Lembre-se: os benefícios com o uso da quimioterapia promoverão a recuperação da saúde.

Informações úteis

Telefones para serem utilizados em **Casos de Emergência**

Médicos
Dr (a):
Telefone:
Celular:
Dr (a):
Telefone:
Celular:
Dr (a):
Telefone:
Celular:

Serviço de Enfermagem
Enfermeiro (a):
Tefefone:
Celular:

Em caso de emergência, caso não consiga contato com a equipe médica, dirija-se ao hospital ou posto médico de urgência e, posteriormente, faça contato.

Anotações pessoais:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO MEDIDA DE CONFORTO AOS CLIENTES ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIOS DE ONCOLOGIA
Pesquisador: Lidiane da Fonseca Moura
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 38846514.9.0000.5285
Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 890.881
Data da Relatoria: 26/11/2014

Apresentação do Projeto:
Constitui artigo para conclusão de mestrado profissional a ser realizado com pacientes em tratamento para câncer em um ambulatório da rede privada em um município da Regiao dos Lagos no intuito de se identificar questões relacionadas a consulta de enfermagem e a contribuição ao conforto do paciente

Objetivo da Pesquisa:
Caracterizar a consulta de enfermagem como medida de conforto aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial;
Descrever os fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto;
Construir um protocolo de consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
A pesquisadora afirma que "independentemente de aceitar ou não em participar da pesquisa, não haverá nenhuma alteração no tratamento" e quanto aos benefícios "a descrição dos fatores associados pelos clientes oncológicos em tratamento quimioterapico ambulatorial, que interferem na sua percepção de conforto, a devida caracterização da consulta de enfermagem como medida

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

de conforto neste contexto, e a construção de um protocolo de consulta de enfermagem aos clientes oncológicos em tratamento ambulatorial, propiciem uma reorganização da assistência neste âmbito de assistência, propiciando uma melhoria na qualidade de vida dos clientes em tratamento quimioterapico antineoplasico ambulatorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que pretende averiguar se a consulta de enfermagem pode ser usada como estratégia para promover conforto a pacientes em tratamento ambulatórias de câncer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta autorização da co-participante

Apresenta folha de rosto.

Apresenta instrumento de coleta de dados.

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Formatar o TCLE em uma única folha.

Esclarecer a questão do risco ao qual o participante estará exposto e como ele será amenizado.

Substituir a palavra "sujeito" por "participante de pesquisa", conforme preconizado pela resolução 466/12

Substituir a palavra "cópia" por "via" no TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

Continuação do Parecer: 890.881

RIO DE JANEIRO, 28 de Novembro de 2014

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

ANEXO II
Instrumento de coleta de dados

Identificação
Codnome: _____
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de Nascimento: ____/____/_____
Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Outros: _____
( ) Casado (a) ( ) União Estável
Religião: _____
Escolaridade: ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto
( ) 2º Grau Completo ( ) 3º Grau Incompleto ( ) 3º Grau Completo
Profissão/Ocupação: _____
Diagnóstico Médico: _____
Data do Diagnóstico: ___/___/_____
Data do início do tratamento quimioterápico: ___/___/_____
Foi submetido a consulta de enfermagem? ( ) SIM ( ) NÃO

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONFORTO À DOENTES EM QUIMIOTERAPIA

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à sua situação de conforto/desconforto. Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando uma cruz na quadrícula respectiva de acordo com a legenda.

1- Não corresponde nada ao que se passa comigo / é Totalmente falso.
2- Corresponde pouco ao que se passa comigo.
3- Corresponde bastante ao que se passa comigo.
4- Corresponde muito ao que se passa comigo.
5- Corresponde totalmente ao que se passa comigo / é Totalmente verdadeiro.

01 – Sei que o meu mal-estar é passageiro.	1	2	3	4	5
02 – As náuseas são difíceis de suportar.	1	2	3	4	5
03 – O afeto das pessoas que me rodeiam reconforta-me.	1	2	3	4	5
04 – Sou capaz de dormir e descansar.	1	2	3	4	5
05 – Não me apetece fazer nada.	1	2	3	4	5
06 – Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim.	1	2	3	4	5
07 – Os barulhos perturbam-me.	1	2	3	4	5
08 - Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico.	1	2	3	4	5
09 – Sou capaz de pensar no sucesso do meu tratamento.	1	2	3	4	5
10 – A minha família / amigos ajudam-me a enfrentar a doença.	1	2	3	4	5
11 – A minha situação põe-me para baixo.	1	2	3	4	5
12 – As visitas das pessoas amigas dão-me prazer.	1	2	3	4	5
13 – Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
14 – Mantenho o meu apetite.	1	2	3	4	5
15 – As alterações que tenho vivido deixam-me receosa.	1	2	3	4	5
16 – Sinto-me deprimida.	1	2	3	4	5
17 – O ambiente em casa não me ajuda a sentir-me melhor.	1	2	3	4	5
18 - Sinto-me capaz de superar o meu atual problema de saúde.	1	2	3	4	5
19 – Saber que sou amada, dá-me ânimo para continuar.	1	2	3	4	5
20 – Os cheiros já não me incomodam.	1	2	3	4	5
21 – Sinto uma má disposição física que me impede de descansar.	1	2	3	4	5
22 - Ninguém me compreende verdadeiramente.	1	2	3	4	5
23 - Não fui suficientemente bem informada sobre o meu tratamento.	1	2	3	4	5
24 – Sinto-me dependente dos outros.	1	2	3	4	5
25 – Sinto que a minha situação está sob controle.	1	2	3	4	5
26 – O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento.	1	2	3	4	5
27 – Até a luz normal me incomoda.	1	2	3	4	5
28 – Os alimentos fazem-me bem.	1	2	3	4	5
29 – Tenho medo do que possa acontecer a seguir.	1	2	3	4	5
30 – O ambiente em casa me é agradável.	1	2	3	4	5
31 – Sinto o meu corpo relaxado.	1	2	3	4	5
32 – Neste momento já me sinto com energia e vigor físico.	1	2	3	4	5
33 – Sinto-me fisicamente bem.	1	2	3	4	5

Copyright – Escala construída por M. Gameiro e J. Apóstolo(2006)