

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JOYCE NÓRDIO
LARISSA VARGAS MENDES**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA
HOSPITALIZADA COM CÂNCER**

**CRICIÚMA
2018**

**JOYCE NÓRDIO
LARISSA VARGAS MENDES**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA
HOSPITALIZADA COM CÂNCER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a
obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientador (a): Prof. (a) MSc Paula Ioppi Zugno.

**CRICIÚMA
2018**

JOYCE NÓRDIO
LARISSA VARGAS MENDES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA
HOSPITALIZADA COM CÂNCER**

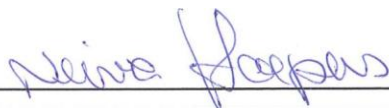
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a
obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Criciúma, 06 dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Paula Ioppi Zugno - Mestre - (UNESC) - Orientadora



Prof^a. Neiva Junkes Hoepers - Mestre - (UNESC) - Avaliadora



Prof^a. Maria Teresa Brasil Zanini - Especialista - (UNESC) - Avaliadora

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma na nossa formação acadêmica, em especial a nossa família que sempre esteve presente nos fortalecendo com palavras e amor. A nossa orientadora Prof. (a) MSc Paula Ioppi Zugno, que não mediu esforços para a conclusão do mesmo e sempre contribuiu com seus conhecimentos para o aperfeiçoamento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer todos aqueles que de forma direta ou indireta nos ajudaram a concretizar esse trabalho.

A Deus, pela coragem regida de sabedoria, pela força concretizada pela vontade, pela humildade vangloriada pelo conhecimento.

Aos nossos familiares, que sempre estiveram presentes em todos os momentos de nossas vidas, pelos princípios e pelo caráter formadores de nossa personalidade, como também pelo apoio para que lutássemos pelos ideais.

A nossa insigne Orientadora, Prof^a Paula Ioppi Zugno, pelas brilhantes lições tomadas através das suas correções e pela constante atenção dedicada à orientação do presente estudo.

As professoras Maria Teresa Brasil Zanini e Neiva Junkes Hoepers, pela disponibilidade para participar da banca examinadora deste trabalho.

Por fim, aos meus colegas, pela oportunidade de convívio com as mais diferentes figuras, de diferentes lugares, possuidores de peculiaridades que nos fizeram compreender a importância da vivência do mundo para a construção de um sujeito.

A todos que, de uma maneira ou outra, contribuíram para que pudéssemos subir mais um degrau na escada desta vida. Acredito que este não é o fim, mas apenas o início da próxima jornada.

**“Existe cuidado sem cura, mas não existe
cura sem cuidado.”**

Florence Nightingale

RESUMO

O estudo teve como objetivo conhecer os cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa com câncer hospitalizada nos diferentes momentos da doença. Foi conduzido por meio de pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, de modo a alcançar diferentes percepções e análises quanto à situação central em estudos. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 19 pessoas com câncer hospitalizadas, em uma instituição Hospitalar de grande porte do Sul de Santa Catarina no ano de 2018. A análise de dados foi realizada a partir da avaliação de conteúdo, comparando-se os dados com a literatura elencada como forma de identificar semelhanças ou discrepâncias entre diferentes cenários de análise. Os resultados obtidos foram alcançados, sendo que todos relataram que receberam os cuidados necessários para o seu cuidado sendo ele físico e mental nos diferentes momentos da doença. Desta forma, considera-se essencial o cuidado de enfermagem na humanização, escuta atenta, acolhimento, percepção das necessidades não expressas pelo paciente.

Palavras-chave: Câncer; Tratamento; Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

Cancer is a serious disease that if not diagnosed and treated early leads the patient to death. It was conducted through a qualitative, descriptive, exploratory and field research, in order to reach different perceptions and analyzes regarding the central situation in studies. Semi-structured interviews were conducted with 19 hospitalized cancer patients at a large hospital institution in the South of Santa Catarina in the year 2018. Data analysis was performed based on the content evaluation, comparing the data with the literature listed as a way to identify similarities or discrepancies among different analysis scenarios. The results were achieved, and all reported that they received the necessary care for their care being physical and mental at different times of the disease. Thus, nursing care in humanization, attentive listening, welcoming, perception of needs not expressed by the patient is considered essential.

Keywords: Cancer; Treatment; Nursing care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Identificação das etapas da carcinogênese	17
Figura 2: Mapa do câncer de intestino no Brasil	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LH	Linfoma Hodgkin
LLA	Leucemia Linfoide Aguda
LLC	Leucemia Linfoide Crônica
LNC	Linfoma não Hodgkin
SUS	Sistema Único de Saúde
EV	Endovenoso
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CEP	Termo De Compromisso Sigilo e Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
INCA	Instituto Nacional do Câncer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	14
1.2 PRESSUPOSTOS	14
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 CÂNCER	16
2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER NO BRASIL	19
2.2.1 Câncer de pele	19
2.2.2 Câncer de mama	19
2.2.3 Câncer de próstata	20
2.2.4 Câncer de intestino	21
2.2.5 Câncer de pulmão	22
2.2.6 Câncer de colo de útero	23
2.2.7 Câncer de boca	24
2.2.8 Câncer de estômago	24
2.2.9 Leucemia	25
2.3 TRATAMENTO	25
2.3.1 Quimioterapia	26
2.3.2 Radioterapia	27
2.3.3 Cirurgia	27
2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	28
3 MÉTODO	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 LOCAL DO ESTUDO	32
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
3.3.1 Critério de inclusão	33
3.3.2 Critério de exclusão	33
3.4 COLETA DE DADOS	33
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	34
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37

4.1 PERFIL DOS PACIENTES PESQUISADOS.....	37
4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	61
APÊNDICE A1– DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO	62
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	64
APÊNDICE C: TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE ..	69

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que acomete uma parte considerável da população mundial, causado por um crescimento anormal das células que atinge pessoas de todas as idades, sexos, e classes sociais. A condição causa impactos psicológicos, sofrimento familiar e muitas dúvidas ao paciente, de uma maneira muito significativa. Essas células podem ser extremamente agressivas, levando à formação incontrolável de tumores malignos, que se espalham rapidamente pelo corpo. Existem várias causas para o câncer, tanto agente externos, quanto agentes internos (SILVA et al, 2012).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) refere que os fatores de risco de câncer, podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados por herança familiar. As mudanças provocadas no meio ambiente, os hábitos alimentares e o estilo de vida, criado pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer. São raros os cânceres que são desenvolvidos exclusivamente por fator hereditário e familiar, apesar de o fator genético exercer um grande papel no desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2017).

No mundo todo o dado estima-se que o caso de câncer terá impacto na população em 80% de 20 milhões de casos novos estimado para o ano de 2025. Aqui no Brasil estima-se que nos anos de 2016 a 2017, tenham 600 mil novos casos câncer (BRANDÃO et al, 2017).

Existem vários tipos de câncer, que são definidos de acordo com a localização do tumor, e os mais propensos na população brasileira são: boca que são mais comuns em pessoas brancas, as que estão associadas a fatores de risco como tabagismo, alcoolismo e exposição ao sol. O câncer de colo retal que abrange tumores no colo e no reto. O câncer de esôfago que está entre os dez entre os incidíveis (BRASIL, 2012).

O Câncer de mama tem maior incidência em mulheres acima dos 50 anos, porém, há casos em que atinge mulheres mais novas. O câncer de pele não melanoma tem predominância em adultos brancos. O câncer de próstata é mais prevalente a partir dos 65 anos. O câncer de pulmão, em 90% dos casos é associável aos tabagistas. O câncer do colo uterino é o terceiro mais frequente na população feminina (FERLAY et al, 2010; FEY et al, 2010).

O câncer atualmente vem mostrando umas das taxas de maior mortalidade do mundo, requerendo em especial o cuidado da equipe de enfermagem, no sentido de amenizar a dor, o sofrimento desse paciente. Mesmo sabendo a possibilidade de cura, a impossibilidade desta, o cuidado possibilita o amenizar do sofrimento do paciente e de seus familiares (SALES et al, 2012).

O cuidado da enfermagem em pacientes com câncer, não se pode direcionar somente para o doente e sim também ampliar em seus familiares. Dentre as ações feita pelo enfermeiro, está incentivo a permanecer próximo ao familiar e o paciente, fortalecendo o vínculo entre ambos e a equipe, contribuído com a qualidade do cuidado do paciente e de seus familiares (BRANDÃO et al, 2017).

A assistência de enfermagem assume elevada importância no que tange o cuidado, não apenas na aplicação das medidas técnicas cabíveis à função, mas no âmbito pessoal, lidando com a dor, o receio, a necessidade de informações (FREITAS et al, 2014).

O câncer trata-se de uma condição grave e que vem crescendo em todo o mundo, com ênfase nos países em desenvolvimento, nos quais os recursos financeiros são menores e ao acesso à saúde é menos disponível e qualificado. Não obstante, é preciso esclarecer que os óbitos em decorrência de câncer também vêm aumentando, mesmo com o desenvolvimento de tecnologias efetivas de diagnóstico e tratamento (FERLAY et al, 2010; FEY et al, 2010).

Em face dos dados epidemiológicos e de mortes relacionados ao câncer, a condição assume características de problema de saúde pública e, assim, estudos sobre o tema vêm crescendo, visando encontrar novas e melhoradas formas de alterar o cenário e manter os índices de saúde e qualidade de vida de uma população mais elevados (FERNANDES et al, 2014).

Batista, Mattos e Silva (2015) ressaltam que o tratamento de câncer causa impactos físicos, emocionais e psicológicos sobre os pacientes. Inicialmente, deve-se destacar que o diagnóstico de câncer é visto por muitos pacientes como uma aproximação da morte e, assim, encontram-se mais fragilizados, tristes, depressivos e desconfiados, o que pode tornar seu relacionamento com as pessoas mais difíceis.

Diante disso, o presente estudo justifica-se pela importância na valorização da perspectiva da pessoa com câncer pretendendo alcançar uma visão voltada para estas pessoas e como esses percebem o tratamento recebido, sua

qualidade e importância para a qualidade de vida e cuidados.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

De que forma deve ser realizada a assistência de enfermagem na perspectiva das pessoas hospitalizadas com câncer, em uma instituição Hospitalar de grande porte do Sul de Santa Catarina?

1.2 PRESSUPOSTOS

- As medidas de conforto das pessoas hospitalizadas com câncer objetivam o controle da dor; nutrição; conforto e humanização do cuidado;
- A assistência de enfermagem para pessoas com câncer é essencial para o bem-estar físico, emocional, psicológico e espiritual do paciente e família.
- As pessoas com câncer desejam que a assistência de enfermagem seja humanizada, voltada ao apoio e com foco no auxílio durante os momentos de dor e sofrimento.
- As pessoas com câncer necessitam de agilidade no atendimento, conhecimento específico das suas necessidades especiais tais como: reações adversas da quimioterapia e radioterapia bem como uso do cateter porth – a – cath.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer os cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa hospitalizada com câncer nos diferentes momentos da doença.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil das pessoas hospitalizadas com câncer;
- Reconhecer o cuidado de enfermagem fundamental na visão da pessoa hospitalizada com câncer;
- Verificar as necessidades especiais de pessoa hospitalizada com câncer;
- Constatar os efeitos colaterais do tratamento de cada pessoa hospitalizada com câncer.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER

O câncer engloba inúmeras diferentes patologias, que apresentam como ponto comum o crescimento ou a multiplicação de células de forma desordenada em um órgão ou região do corpo. É impossível definir apenas uma causa para o câncer, considerando-se que este surge a partir de influências externas, como o tabagismo, contato com produtos químicos, alcoolismo, exposição excessiva ao sol, entre outras, bem como influências internas, como fatores genéticos (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Algumas atividades laborais envolvem a exposição contínua e prolongada a determinados produtos, fator que também contribui para o aumento dos casos de desenvolvimento de câncer. Não há apenas um produto ou um grupo de trabalhadores com riscos elevados, locais com uso de produtos químicos fortes, condições de trabalho insalubres e falta de cuidados e uso de equipamentos de proteção individual tornam os riscos maiores (D'ALASCIO et al, 2014).

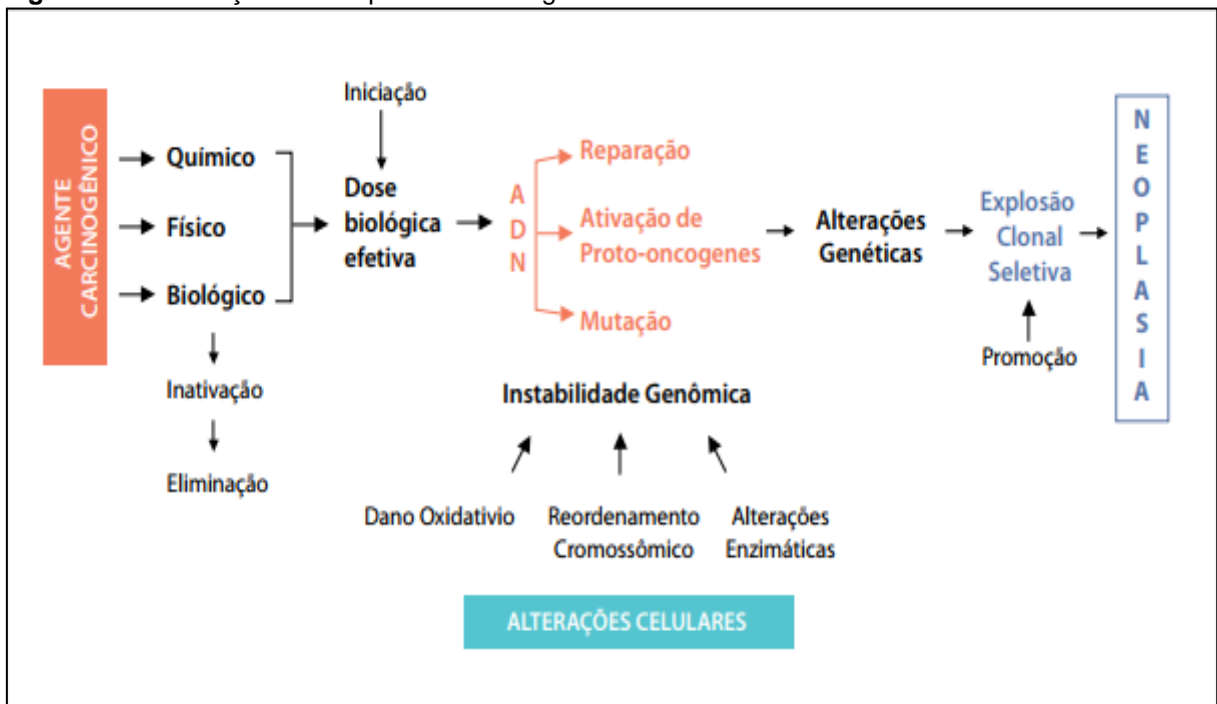
Estimativas apontam para mais de 10 milhões de novos casos ao ano em todo o mundo. Ressalta-se que em 2005 ocorreram 7,5 milhões de mortes com alguma relação ao câncer, o que equivale a 13% de todas as mortes mundiais. Desse total, 60% foram relatadas em países em desenvolvimento. Estudos apontam que mais de 30% desses casos poderiam ser evitados a partir de um atendimento de saúde mais eficiente, programas bem estruturados e funcionais de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento imediato e efetivo. Dados apontam que em 2008 mais de 12,7 milhões de novos casos de câncer foram identificados, enquanto as mortes ultrapassaram 7,5 milhões (FERLAY et al, 2010; FEY et al, 2010).

De acordo com o INCA (2018), são estimados mais de 72 mil casos de câncer entre homens para 2018 e mais de 53 mil casos entre mulheres. O câncer forma-se a partir de um processo, ou seja, diferentes condições e etapas integradas para que a doença se estabeleça. Nesse sentido, seria inadequado acreditar que seu surgimento e agravamento são ocorrências inevitáveis, de fato, seu desenvolvimento, na expressiva maioria dos casos é lento, gradual e, assim, oferece possibilidades de diagnóstico precoce (OLIVEIRA et al, 2015; INCA, 2018).

A carcinogênese é um processo altamente complexo do qual participam fatores de risco herdados e fatores de risco ambientais, tais como a alimentação, o hábito de fumar, a ocupação e a exposição à radiação e a agentes químicos. A carcinogênese pode ser desencadeada por agentes físicos, biológicos e químicos. Os agentes cancerígenos físicos incluem a radiação solar, a radiação ionizante e a radiação não ionizante. O mecanismo da carcinogênese física, pela radiação, reside na sua capacidade de induzir mutações (BRASIL, 2012, p. 23).

Para que se alcance uma visão mais clara e ampla a respeito das etapas da carcinogênese, apresenta-se a figura 1, que segue.

Figura 1: Identificação das etapas da carcinogênese



Fonte: Brasil (2012, p. 22).

Por ser um processo lento, existem chances de diagnóstico precoce e aumento de efetividade dos tratamentos, alcançando, em alguns casos, total remissão. Ocorre, porém, que como os sintomas podem não ser identificados nas fases iniciais, muitos pacientes não apresentam desconfianças e quando isso ocorre a condição já se encontra em estágio avançado (FEY et al, 2010; OLIVEIRA et al, 2015).

O câncer representa atualmente a segunda causa de morte no mundo. Responde por 20% dos óbitos na Europa, com mais de 3 milhões de novos casos e 1,7 milhões de óbitos por ano. Constitui uma importante questão de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, principalmente porque a prevenção pode reduzir a ocorrência em até 30% dos casos e alguns, diretamente relacionados à ocupação, como o mesotelioma, podem ser completamente preveníveis (BRASIL, 2012, p. 17).

No ano de 2018, os tipos câncer com maiores índices de diagnóstico em todo o mundo foram: pulmões (1,61 milhão), mama (1,38 milhão) e colo retal (1,23 milhão). As mortes em decorrência da condição ocorreram, principalmente, entre pacientes de câncer de pulmão (1,38 milhão), estômago (738.000) e fígado (696.000). Ainda que a condição seja comum em todo o mundo, é preciso ressaltar que em países em desenvolvimento os sistemas de saúde tendem a ser menos efetivos e, assim, o agravamento da condição e evolução para a morte são mais comuns (FERLAY et al, 2010).

Em todo o mundo o câncer é considerado um grave problema de saúde pública. A condição gera expressivos custos relacionados a diagnóstico e tratamento, além de limitações e impedimentos para as atividades cotidianas, afastamento do trabalho e taxas de morte elevadas. No Brasil, o sistema de saúde ainda não consegue proceder do diagnóstico precoce e, em muitos casos, o paciente chega aos serviços de saúde com a condição em estágio avançado, não havendo mais chances de cura (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

No Brasil, em 2011, o câncer foi responsável por 16,4% dos óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade⁶. Além disso, para alguns tipos de câncer, a tendência de mortalidade segue um padrão que se assemelha ao observado em países desenvolvidos⁷. Os dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que neoplasias foram a terceira causa de internação no período de 2002 a 2012 (OLIVEIRA et al, 2015, p. 147).

Recorde-se, ainda, que não existem sintomas em algumas condições nas fases iniciais, porém, conforme seu desenvolvimento o paciente apresentará dores, nódulos pelo corpo, cansaço, febre, comprometimento da capacidade física e evolução para o óbito. Nos casos em que não há mais chances de cura, as abordagens de tratamento são definidas visando aumentar a expectativa de vida e assegurar a qualidade de vida desses indivíduos ao máximo (FERLAY et al, 2010; FEY et al, 2010).

Na sequência são abordados os principais tipos de câncer diagnosticados no Brasil e no mundo, bem como algumas de suas especificidades.

2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER NO BRASIL

2.2.1 Câncer de pele

O câncer de pele pode ser não melanoma ou melanoma, porém, o não melanoma é o mais comum. Engloba o carcinoma basocelular com ampla frequência e o espinocelular, cada um com especificidades ao exame clínico e histopatológico. O prognóstico das duas formas, porém, se assemelha, já que os óbitos são relativamente baixos e as metástases não são muito comuns (COSTA, 2012).

Ainda que não seja uma condição que gere elevados índices de morte, ressalta-se que os custos de tratamento são elevados, pois não se pode deixar o paciente sem atendimento, além dos impactos estéticos que podem surgir em função da retirada de pele nos locais afetados (COSTA, 2012).

Os casos de câncer de pele vêm crescendo no Brasil, com ênfase na Região Sul e em São Paulo em face de fatores como exposição solar exacerbada, maiores índices de indivíduos de raça branca e elevado número de imigrantes caucasianos. O câncer de pele não melanoma (CPNM) é a neoplasia maligna mais comum no Brasil, porém, a condição ainda é subnotificada por ser considerada de menor gravidade do que outros tipos de câncer (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

2.2.2 Câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de maior índice de diagnósticos em mulheres nos EUA, excetuando-se os cânceres de pele do tipo não melanoma. As taxas de mortalidade da condição ainda são muito elevadas em todo o mundo (ENGEL et al., 2015). A realização de exame de mamografia é essencial para o diagnóstico precoce e possibilidade de tratamento efetivo antes da evolução da doença para estágios graves, metastáticos, para os quais os tratamentos podem ser apenas paliativo (FREITASJÚNIOR et al., 2016).

Entre as mulheres brasileiras, o câncer de mama trata-se da principal causa de mortes decorrentes de câncer. No ano de 2010 mais de 49 mil casos de câncer de mama foram estimados, dentre os quais a sobrevida em cinco anos é de 61%. Com o aumento da idade os riscos tornam-se maiores, sendo que a taxa de

diagnóstico mais elevada é entre 40 e 60anos, porém, dados indicam que mulheres cada vez mais jovens vêm apresentando a condição (SILVA; RIUL, 2011).

Martins et al (2013, p. 342) ressaltam que:

Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, no Brasil, o câncer de mama também é o mais comum no sexo feminino de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar. No ano de 2012, foram estimados 52.680 novos casos, que resultaram na taxa de incidência de 52,5 casos por 100.000 mulheres.

Tal forma de câncer é muito temida pelas mulheres, considerando-se os impactos que causa sobre a imagem, autoestima, sexualidade, entre tantos outros fatores, já que o tratamento tende a ser a retirada das mamas e, assim, a estética é alterada e os impactos psicológicos são consideráveis (SILVA; RIUL, 2011).

2.2.3 Câncer de próstata

O câncer de próstata é bastante comum entre os homens, com 899.000 casos novos e 258 mil mortes em registradas apenas no ano de 2008. Na América do Sul, no mesmo período, o câncer de próstata foi a primeira causa de morte por câncer entre os homens. Estimativas indicam um aumento de 1,7 milhões de novos casos, bem como de 499 mil mortes até 2030, uma indicação de que as taxas de mortalidade serão mantidas nos próximos anos. (FERNANDES et al, 2014).

Braga et al (2017) ressaltam que o câncer de próstata é mais comum entre homens mais velhos, principalmente acima dos 70 anos, porém, na maioria em estágio tardio (III e IV). Muitos pacientes precisam aguardar pelo tratamento oncológico, basicamente aqueles atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, de modo que muitos morrem em decorrência da doença ou de outros fatores relacionados com a doença.

Oliveira et al (2015) também ressaltam que a maioria dos diagnósticos de câncer ocorre com indivíduos acima de 60 anos, qualquer que seja o tipo de câncer e, assim, em função da demora pelo diagnóstico, as condições são menos favoráveis e os tumores malignos se tornam mais comuns.

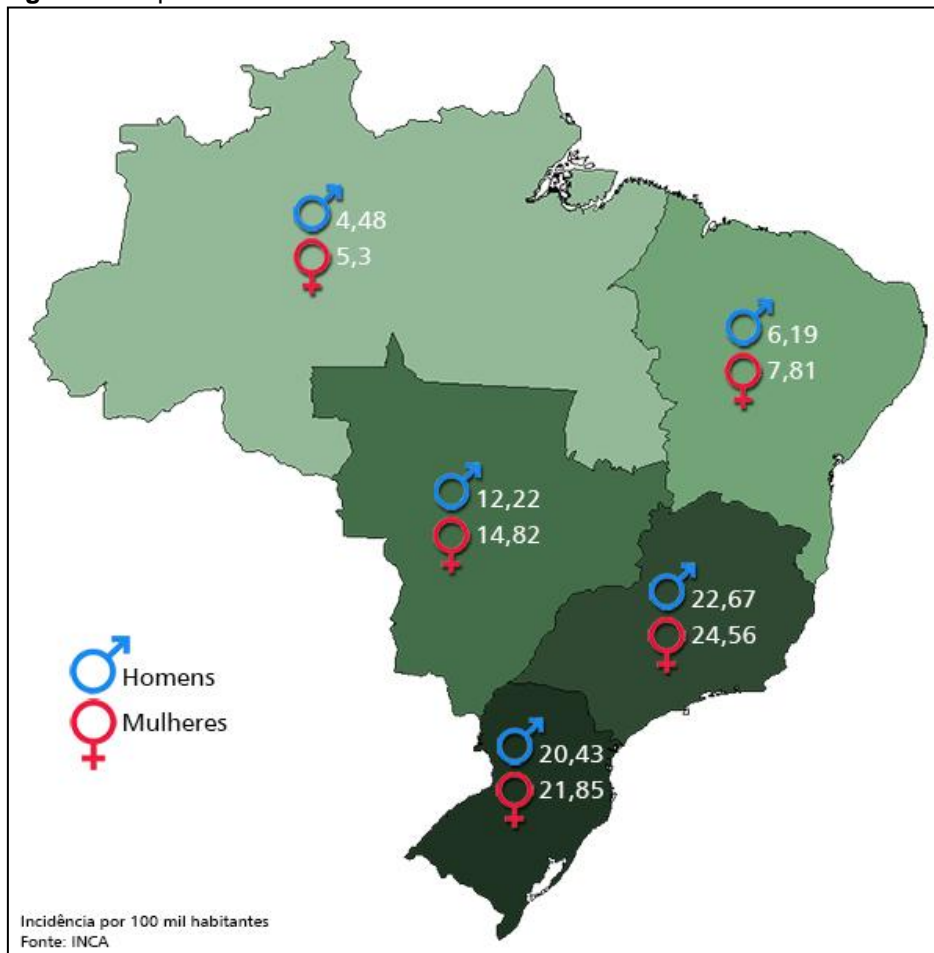
Por ser uma condição mais comum entre idosos, deve-se ter em mente que muitos pacientes apresentam outras condições além do tumor e, assim, tanto sua qualidade de vida quanto o prognóstico são impactados negativamente,

reduzindo as taxas de remissão da doença e sobrevida, mesmo recebendo tratamento (BRAGA et al, 2017).

2.2.4 Câncer de intestino

O câncer colo retal responde por mais de 650 mil mortes todos os anos, o que representa 14,5% de todas as mortes por câncer. Sua proporção é de 1 homens para cada 1,17 mulher e a incidência aumenta com a idade, já que 90% dos diagnósticos se dão entre pacientes acima de 60 anos. O desenvolvimento desse tipo de câncer é lento, enquanto os índices de a sobrevida alcançam 5 anos em 80% dos casos diagnosticados em estágio inicial e 5% em casos em estágio avançado. Os tumores são mais comuns em posição distal, com 50% verificados entre reto e cólon sigmoide (FEY et al, 2010; CAMPOS et al, 2017).

O câncer colo retal é a terceira neoplasia maligna mais frequente entre homens e a segunda entre as mulheres no mundo, enquanto no Brasil é o terceiro tipo mais frequente de câncer, estimando-se 30 mil novos ao ano, uma média estável nos últimos 40 anos. Apesar dos avanços da medicina no que tange o diagnóstico e as formas de tratamento desse tipo de câncer, os índices ainda não apresentam queda, o que faz com que a condição represente uma acentuada preocupação de saúde (RÊGO et al, 2012).

Figura 2: Mapa do câncer de intestino no Brasil

Fonte: Inca (2018).

A sobrevida média global alcança 5 anos em 55% dos países desenvolvidos e 40% nos países em desenvolvimento. As etiopatogenias incidentes sobre o câncer colo retal pode ser citado como: fatores étnicos, dieta, idade, presença de depressão, consumo abusivo de álcool, hábito de tabagismo, presença de micro-organismos, retocolite ulcerativa, doença de Crohn e polipose familiar (RÊGO et al, 2012).

2.2.5 Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é o mais comum dos tumores malignos, com aumento de incidência de 2% ao ano em todo o mundo, mais comum entre homens do que entre mulheres. A etiologia está ligada, de forma principal, ao hábito tabagista e, assim, trata-se de uma doença grave, porém evitável. Em 2011 esse tipo de câncer causou 22.424 mortes e estudos indicam que a sobrevida média cumulativa total de cinco anos varia entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre

7 e 10% nos países em desenvolvimento. De todos os diagnósticos de câncer realizados todos os anos 13% são de câncer de pulmão. Esse tipo de câncer causa mais de 1,7-1,8 milhões de mortes por ano (ARAÚJO et al, 2018; INCA, 2018).

Estimativas apontam para 596.000 novos casos de câncer em 2016, 28.220 (4.7%) foram de neoplasia maligna primária de pulmão no Brasil. Trata-se do segundo tipo mais incidente entre homens e o quarto entre mulheres no país. As taxas de mortalidade por idade aumentaram em homens com idade de 65 anos ou mais, enquanto entre as mulheres atinge todas as idades (ARAÚJO et al, 2018).

O câncer de pulmão é grave, pode ser altamente limitante e impactar diretamente sobre todas as atividades do indivíduo, tornando difícil a realização mesmo de pequenas ações, em função das dificuldades de respirar que apresenta e, assim, deve-se ressaltar que essa condição altera totalmente seu estilo de vida e as perspectivas que apresenta para o cotidiano (ARAÚJO et al, 2018).

2.2.6 Câncer de colo de útero

O câncer de colo do útero é bastante comum no mundo, sendo que 80% desses casos se dão em países em desenvolvimento. De acordo com dados publicados em 2010, a região Sul do país apresenta incidência de 28 casos para 100 mil mulheres. Na região Norte a incidência é de 22 casos para 100 mil mulheres. No Centro-oeste ocorrem 21 casos e no Nordeste 17 casos para cada 100 mil mulheres (SOARES et al, 2010).

Entre mulheres que não iniciaram sua vida sexual esse tipo de câncer é raro, havendo aumento da incidência com o início precoce de atividade sexual. A taxa de mortalidade dessas mulheres é elevada, com pico da incidência do carcinoma *in situ* entre os 25 e 40 anos, enquanto o carcinoma invasor é mais comum entre 48 e 55 anos (SOARES et al, 2010).

Nos anos de 2010 e 2011 o câncer de colo de útero foi o segundo tipo mais incidente entre mulheres no país, com mortalidade estimada em 4,9 para cada 100 mil mulheres. Na Região Norte a mortalidade chega a 6 para cada 100 mil mulheres. São comuns lesões precursoras que melhoram o prognóstico, já que permitem diagnóstico precoce através de exame preventivo disponível na rede pública de saúde (BORGES et al, 2012).

2.2.7 Câncer de boca

O câncer de boca vem aumentando em prevalência em todo o mundo e os principais fatores associados a esse fator são o tabagismo e o consumo corriqueiro e exacerbado de álcool. Estimativas apontam que 275 mil casos de câncer de boca e 130 mil casos de câncer de faringe são diagnosticados ao ano. No Brasil, no ano de 2010, foram registrados 15 mil novos casos de câncer de boca, mais prevalente entre homens. Sua ocorrência é mais comum a partir dos 40 anos, porém, quando da presença dos fatores de riscos (consumo de álcool e tabagismo) pode se manifestar antes dessa idade (TORRES-PEREIRA et al, 2012).

Andrade et al (2014) indicam que os diagnósticos ainda ocorrem, em sua maioria, quando a condição se encontra em estágio avançado e, assim, os índices de mortalidade desses pacientes são elevados. No que tange à sobrevida e sequelas funcionais após o tratamento, os resultados dependem do estágio clínico em que a lesão é diagnosticada e passa a receber tratamento. “Para lesões em estágio clínico III e IV a sobrevida global a cinco anos está em cerca de 40% e para tumores irresssecáveis, essa taxa não ultrapassa 10%” (ANDRADE et al, 2014, p. 42).

2.2.8 Câncer de estômago

O câncer de estômago, também chamado de câncer gástrico, tendem a se apresentar em três tipos histológicos específicos: adenocarcinoma (95% dos tumores), linfoma (3% dos casos), e leiomiossarcoma, tendo início em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos. A incidência mais comum se dá em torno dos 70 anos e 65% dos pacientes com essa patologia estão acima dos 50 anos. No Brasil, a condição ocupa o terceiro lugar na incidência entre homens e o quinto entre mulheres. No cenário mundial vem sendo identificado um declínio da incidência, especialmente nos Estados Unidos, Inglaterra e outros países desenvolvidos (INCA, 2018).

Na América Latina, principalmente na Costa Rica, Chile e Colômbia, as taxas de mortalidade são bastante elevadas, no entanto, ressalta-se que o maior número de casos se encontra no Japão, com 780 doentes por 100.000 habitantes. A estimativa de novos casos é de 21.290, dos quais 13.540 são homens e 7.750 são

mulheres. As mortes são estimadas em 14.182, sendo 9.142 em homens e 5.040 mulheres (INCA, 2018).

2.2.9 Leucemia

A leucemia é uma doença nos glóbulos brancos, a causa da doença é desconhecida (BRASIL, 2012). Barbosa et al (2015) esclarecem que as leucemias linfoides podem ser divididas em duas formas, as crônicas e agudas. A leucemia linfóide aguda (LLA) apresenta elevado número de linfoblastos no sangue periférico e na medula óssea. Na leucemia linfóide crônica (LLC), por sua vez, há uma multiplicação e acúmulo de linfócitos atípicos maduros, com evolução clínica prolongada.

Os linfomas, por sua vez, podem ser classificados como Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNH), “diferentes quanto à etiopatogenia, característica clínica e progressão da doença. Além disso, a presença de células de Reed-Sternberg na biópsia auxilia o diagnóstico de LH3” (BARBOSA et al, 2015, p. 44).

Estudos indicam que além do aumento no número de novos casos de leucemia, são elevados os índices de reincidência, ou seja, pacientes que já apresentaram a condição e receberam tratamento com bons resultados voltam a apresentar a patologia, principalmente aqueles que mantêm contato constante com substâncias químicas agressivas, como o benzeno (MCHALE; ZHANG; SMITH, 2012).

2.3 TRATAMENTO

Nos casos em que o diagnóstico não ocorre de forma precoce, a doença tende a desenvolver-se a alcançar proporções acentuadas, o que torna a condição mais grave com o passar do tempo. O tratamento pode ter como base variadas abordagens, a serem definidas conforme o caso e as condições de cada paciente. Os procedimentos de tratamento mais comuns são a intervenção cirúrgica sobre a patologia, aplicação de radioterapia, quimioterapia ou o transplante de medula óssea, sendo este último aplicado em tipos específicos de câncer, como a leucemia (INCA, 2018 a).

Exceto para cirurgias de doenças muito limitadas ou lesões pré-cancerosas (como a lesão de alto grau do colo do útero), serviços oncológicos

dependem do apoio de uma estrutura hospitalar terciária, especialmente preparada para confirmar o diagnóstico e fazer o estadiamento, promover o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, que podem ser organizados na rede de serviços de saúde de forma integrada com os níveis primários e secundários de atenção (INCA, 2018b, p. 95).

Os tratamentos para o câncer vêm se desenvolvendo e melhorando ao longo dos anos e, assim, cada vez mais permitem a recuperação da saúde dos pacientes, principalmente quando há diagnóstico precoce e início rápido das condutas necessárias. Tratar o paciente de câncer, seja por uma abordagem única ou conjunta, é dever do sistema de saúde e direito do paciente, sendo que a oferta desses tratamentos deve ser ampla, de fácil acesso e ágil (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Na sequência são esclarecidos os diferentes tipos de abordagens de tratamento.

2.3.1 Quimioterapia

Batista, Mattos e Silva (2015) afirma que o tratamento quimioterápico é um dos mais comumente aplicados a pacientes com câncer e, apesar de sua importância para o controle ou cura da condição, os impactos sobre a qualidade de vida dos pacientes são elevados, considerando-se o tempo de permanência no hospital, as limitações causadas pelas reações adversas, as alterações estéticas, entre tantos outros fatores.

“A quimioterapia pode curar alguns tipos de câncer e ter atuação efetiva em doenças disseminadas, como na doença de Hodgkin, linfomas não-Hodgkin de alto grau e leucemias, além de ser válida na palição de várias outras doenças” (INCA, 2018b, p. 95).

A quimioterapia, na maioria dos pacientes, apresenta efeitos adversos consideráveis e limitantes por algum tempo. Em face disso, trata-se de uma terapia importante e necessária, porém, que causa impactos consideráveis sobre a vida e as atividades do paciente oncológico de forma muito ampla (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Apesar das dificuldades atreladas ao tratamento, seja ele único em associação com outras abordagens, sua aplicação é essencial para a cura, recuperação das condições de saúde ou para o controle da dor e do sofrimento do

paciente nos casos em que a cura não é mais possível (INCA, 2018).

2.3.2 Radioterapia

A radioterapia, assim como a cirurgia, tem papel limitado no câncer em estádios avançados de câncer (INCA, 2018B). A radiação pode ser esclarecida como um agente físico usado para destruir as células cancerígenas. É chamada radiação ionizante porque forma íons (partículas eletricamente carregadas) e deposita energia nas células dos tecidos pelos quais passa. Esta energia depositada pode matar as células cancerígenas ou causar alterações genéticas, resultando na morte das células cancerígenas (BASKAR et al, 2012).

A radiação de alta energia danifica o material genético (ácido desoxirribonucleico, DNA) das células e, assim, bloqueia sua capacidade de se dividir e proliferar. Embora a radiação danifique tanto as células normais quanto as células cancerígenas, o objetivo da radioterapia é maximizar a dose de radiação. Para células cancerígenas anormais, minimizando a exposição a células normais, que é adjacente a células cancerígenas ou no caminho da radiação. Normalmente, as células normais podem se reparar em um ritmo mais rápido e manter seu status de função normal do que as células cancerígenas. As células cancerígenas em geral não são tão eficientes quanto as células normais na reparação dos danos causados pelo tratamento de radiação, resultando na morte de células cancerosas diferenciais (BASKAR et al, 2012).

Nem todos os pacientes oncológicos são submetidos à radioterapia, cabe à equipe de saúde analisar cada caso que se apresenta e, em face de suas peculiaridades, definir a abordagem de tratamento considerada mais efetiva e vantajosa para o paciente, no sentido de alcançar a cura e recuperação de sua capacidade de vida, atividades, relacionamentos, etc. (BASKAR et al, 2012).

2.3.3 Cirurgia

A cirurgia é um procedimento invasivo que visa alcançar o local em que o câncer se encontra e retirar o máximo possível sem que haja comprometimento da saúde dos pacientes submetidos. O cirurgião irá identificar o sítio em que a patologia se encontra e sua extensão, sempre que possível a partir da avaliação visual e,

assim, extirpar essa porção para evitar que se expanda (INCA, 2018b).

Sullivan et al (2015) destacam que a cirurgia é muito importante para o tratamento global do câncer em todos os contextos de recursos. Dos 15,2 milhões de novos casos de câncer em 2015, mais de 80% dos casos precisarão de cirurgia, alguns deles mais de uma vez. Até 2030, estima-se que todos os anos 45 milhões de procedimentos cirúrgicos serão necessários no mundo, porém, menos de 25% dos pacientes com câncer em todo o mundo realmente recebem uma cirurgia segura, acessível ou oportuna.

Ressalta-se que os procedimentos cirúrgicos são aplicáveis a inúmeras condições, desde estéticas, corretivas, preventivas, até no sentido de retirar uma porção cancerosa do organismo. É um procedimento específico que deve ser realizado com base em exames claros e precisos para que segurança e eficácia sejam garantidas expanda (INCA, 2018b).

2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O enfermeiro tem papel fundamental na assistência a pessoa com câncer. Nesse sentido, o atendimento do enfermeiro pode aumentar ou comprometer a satisfação dos indivíduos, mesmo em casos de sofrimento acentuado. Isso ocorre, pois, os pacientes se sentem acolhidos, confortados e valorizados e, assim, o sofrimento não ultrapassa a satisfação em receber um atendimento de enfermagem de excelente qualidade (SANTANA; SILVA, 2009).

Muitas são as tecnologias presentes na realidade dos serviços de saúde, em sua maioria desenvolvidas com foco na saúde dos pacientes, tanto no que se refere ao diagnóstico e tratamento, quanto no que encampa a qualidade de vida dentro das unidades de tratamento de diferentes áreas da saúde. O enfermeiro deve saber como lidar com essas tecnologias, mas não pode perder de vista seu papel humanitário, de lidar com as pessoas de forma gentil, humanizada e digna e, assim, atuar para a redução do sofrimento dentro do hospital (BACKES et al, 2012).

As inovações tecnológicas têm provocado importantes mudanças na área de saúde, constituindo-se um desafio para o enfermeiro, haja vista a necessidade de redefinição de sua função na busca de assegurar seu papel e seu compromisso com a sociedade que, nesse momento, deseja maior qualidade na prestação da assistência à sua saúde (SILVA et al, 2012, p. 536).

Freitas et al (2014) afirma que uma das principais causas de sofrimento entre os pacientes abrange a dor, que gera sofrimento físico e psicológico, insatisfação, medo de que a situação está se agravando, dificuldades de convívio e relacionamento com indivíduos, entre tantos outros fatores.

A dor refere-se à percepção subjetiva, tanto em sua forma aguda quanto crônica. A dor altera padrões de sono, apetite, libido, aumenta a irritação, reduz a energia, concentração e gera dificuldades na realização de atividades diversas, tanto no âmbito familiar, profissional e social. Deve-se considerar, ainda, que a dor atinge diferentes as dimensões neurofisiológicas, psicossocial, cognitivo cultural, comportamental e sensorial do paciente (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

De acordo com Silva e Cruz (2011), o paciente com câncer que se encontra hospitalizado, além do agravo de saúde que apresenta, sofre com muitos outros fatores, como o medo da morte, afastamentos das atividades cotidianas, afastamento dos familiares, tratamento altamente incapacitante, entre tantos outros fatores e, assim, o enfermeiro torna-se um ponto de referência e apoio nesse processo.

Dias, Ramos e Costa (2010) afirmam que o atendimento na área da saúde trata-se de uma questão bastante delicada, considerando-se que o paciente se encontra em um momento delicado, de sofrimento, dor e medo e, assim, quando é atendido com qualidade e respeito, os impactos da doença sobre sua vida podem ser reduzidos e alguma satisfação pode ser alcançada.

Na visão de Neves e Sanna (2016), os serviços de enfermagem são essenciais nos hospitais, sejam eles públicos ou privados. Não existe atendimento de saúde sem que haja atendimento de enfermagem. Em face disso, a qualidade de tal serviço precisa ser uma prioridade, pois são os enfermeiros que se encontram diretamente com os pacientes e famílias e, assim, eles podem oferecer conforto ou causar sofrimento entre essas pessoas, de acordo com sua postura e condutas adotadas.

O enfermeiro é o profissional que atua diretamente com os pacientes e, assim, conhece suas condições, os riscos do quadro, tem o dever de atender as solicitações médicas (como administração da prescrição, registro de sinais vitais, etc.), é um profissional que transita entre as responsabilidades e conhecimentos técnicos e a relação pessoal com pacientes e famílias (VALE; PACLIUCA, 2011).

Nesse sentido, sua base de conhecimentos deve ser ampla e

aprofundada para que saiba utilizar as técnicas que são relacionadas à função, porém, não pode deixar de apresentar habilidades pessoais, como forma de agir com humanidade, foco nas pessoas e capacidade de entender que sua atuação é capaz de tornar seu sofrimento menos intenso (VALE; PACLIUCA, 2011).

A doença afeta o paciente e seus familiares, gera medo e, muitas vezes, a ideia de que se trata de uma sentença de morte. É a atuação do enfermeiro nesse cenário que pode gerar calma, tranquilidade e a percepção de que existem profissionais preocupados com seu bem-estar, o que motiva e tranquiliza o paciente (BACKES et al, 2012).

Mattias et al (2009) ressaltam que a avaliação da qualidade dos serviços de enfermagem é um tema importante, que deve ser priorizado na área de saúde, de modo que pontos negativos possam ser identificados e estratégias de melhoria e correção sejam definidas e aplicadas.

As pessoas estão exigindo, cada vez mais, qualidade dos serviços pelos quais pagam. O setor de saúde, por lidar diretamente com a vida de seus usuários, tem sentido uma pressão ainda maior quanto à qualidade dos serviços prestados. Por isso, é cada vez maior a preocupação com os serviços de saúde. Infecção hospitalar, precariedade dos procedimentos e equipamentos do setor de saúde, altos custos (pois ao contrário do que ocorre na indústria, quanto mais avançada a tecnologia, mais crescem os custos na área da saúde.) Tornam o setor de saúde passível de muitas ações para possibilitar melhorias no desempenho (ALÁSTICO; TOLEDO; COSTA, 2010, p. 17).

Para Dias, Ramos e Costa (2010, p. 14), deve-se considerar que as práticas e iniciativas de avaliação da assistência à saúde, qualquer que seja o tipo de instituição, podem ser consideradas como “[...] um dos caminhos da gestão para buscar a qualidade do atendimento prestado. É um processo intencional, técnico e político, configurando-se também, numa responsabilidade ética e social”.

Em face disso, percebe-se que a avaliação da qualidade quanto aos serviços oferecidos na área de saúde, com ênfase na assistência de enfermagem, trata-se de uma questão de alcance de parâmetros e normas, mas também de um dever dentro das instituições hospitalares. Isso se justifica, pois tal avaliação permite identificar pontos fracos, que falham quanto às necessidades dos pacientes, o que possibilita uma busca por formas de resolver os problemas e fortalecer a realidade e dos serviços realizados, por meio de qualidade e efetividade (ALÁSTICO; TOLEDO; COSTA, 2010).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, explicativo, com entrevista de forma aberta e fechada. Minayo (2010) ressalta que o estudo qualitativo se baseia em tendências, na identificação de fatos e ocorrências relacionadas a ele e, assim, concentra-se em apresentar uma realidade sem que, necessariamente, números sejam destacados, os fatos são considerados mais importantes.

Uma pesquisa exploratória permite que se alcance uma visão geral e ampla a respeito de determinado fato, aproximando o pesquisador da realidade pesquisada. Define-se um problema de pesquisa e para ele busca-se uma resposta, ainda que existam poucos dados disponíveis sobre ele (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa descritiva tem o intuito de aproximar o estudioso de seu tema de pesquisas, as diversas características e cenários relacionados a ele, além de permitir que novas hipóteses sejam desenvolvidas e as já existentes sejam confirmadas ou vistas como inadequadas (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A abordagem explicativa envolve o estudo de caso apoiado em coleta de dados junto a um público específico e que se enquadra na realidade de estudos, analisando-se as variáveis identificadas e levando à posterior determinação dos efeitos da realidade observada (MARCONI; LAKATOS, 2007).

No que se refere a pesquisa para coleta de dados, ela é dividida em duas etapas uma aberta e uma fechada. A etapa aberta se refere a questionamentos aplicados diretamente ao paciente e, a etapa fechada engloba os dados que serão coletados a partir dos prontuários.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de grande porte do Sul de Santa Catarina.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram entrevistadas 19 pessoas com câncer internadas no hospital de referência para o estudo.

3.3.1 Critério de inclusão

Os critérios para sua inclusão no estudo foram definidos como: pacientes adultos, em tratamento para câncer, internados na instituição hospitalar, dispostos a participar do estudo e capazes de oferecer respostas aos questionamentos propostos. Aceitação para participar da Pesquisa segundo Resolução 510/2016.

3.3.2 Critério de exclusão

Pacientes abaixo de 18 anos (por demandarem de autorização dos pais ou responsáveis), pacientes que se encontram incapacitados de responder o questionário foram excluídos.

3.4 COLETA DE DADOS

Procedimentos Iniciais

Inicialmente foi solicitada carta de aceite para a realização da pesquisa na instituição e posteriormente o projeto do trabalho de conclusão de curso foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, (nº 2.744.846/2018) e do hospital coparticipante, (nº 2.843.112/2018). O presente projeto apenas foi desenvolvido após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade e do hospital coparticipante. Após aprovação do comitê de ética e pesquisa foi iniciada a coleta de dados.

Os instrumentos para a coleta foram organizados nos seguintes momentos:

1º Momento: Conhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realizada seleção intencional dos pacientes a partir dos dados dos prontuários.

A coleta de dados foi conduzida por meio de análise de prontuários, iniciando-se com os dados para identificação do perfil dos pacientes (idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, tipo de câncer, tempo de tratamento), dados do tratamento, aplicação de cuidados paliativos e prognóstico médico para cada caso (Apêndice A1).

3º Momento: Realizar entrevista semiestruturada com paciente

Na sequência o paciente respondeu as questões que permitem compreender sua própria visão sobre a assistência de enfermagem recebida durante seu período de internação (Apêndice A2). Ressalta-se que as questões foram adaptadas de um estudo de análise de qualidade dos serviços de enfermagem conduzido por Freitas et al (2014).

4º Momento: Realizar análise e interpretação dos dados.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A abordagem para a análise dos dados foi definida como qualitativa, considerando-se que o interesse recai sobre a percepção dos pacientes, seus relatos e sentimentos sobre o papel da assistência de enfermagem durante sua estada no hospital, sem que o foco seja a indicação de números específicos (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A análise e interpretação dos dados qualitativos serão realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Esse tipo de análise é importante para que todo um cenário seja avaliado, esclarecido e compreendido e, assim, esses dados tornem-se fonte de conhecimentos para outros pesquisadores e para a instituição à qual se referem (MINAYO, 2010).

“Um dos procedimentos mais úteis para a investigação qualitativa é a formulação e organização dos dados em categorias” (LEOPARDI, 2002, p. 122). Nesse sentido, categorizar os dados permite uma organização adequada aos objetivos e facilidade em sua análise.

Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2010).

Foi conduzida uma análise comparativa entre os dados coletados e os dados bibliográficos apresentados na etapa teórica do estudo para, assim, identificar se existe uma tendência semelhante ou se a região de estudos apresenta resultados diferenciados.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O nome dos pacientes entrevistados não consta em nenhum momento do estudo. Os dados referentes aos pacientes serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o paciente solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07). Ainda que sejam muito pequenos, esses riscos devem ser previstos, avaliados e estratégias para seu controle precisam ser claramente estabelecidas pelos pesquisadores.

Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 e 510/2016 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, as proteções de imagem foram asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Para a pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (Apêndice B). Foi utilizado também um Termo de Consentimento de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice C) que permitirá acesso ao prontuário do paciente.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Iniciou-se a coleta de dados com dezenove (19) pacientes de uma instituição hospitalar de grande porte do Sul de Santa Catarina. As entrevistas foram realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A partir da seleção dos pacientes, no período da pesquisa realizaram-se as entrevistas com objetivo de conhecer os cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa hospitalizada com câncer nos diferentes momentos da doença.

A partir das entrevistas com os pacientes, organizaram-se as categorias norteadoras:

Categoria 1 – Cuidados e necessidades

Categoria 2 – Orientações e dúvidas

Categoria 3 – Efeitos colaterais e assistência de Enfermagem

Categoria 4 – Importância do Enfermeiro

Categoria 5 – Dificuldades encontradas

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 510/16 que envolvem a Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais com seres humanos, utilizaram-se a letra “P” para pacientes, seguido do respectivo número.

4.1 PERFIL DOS PACIENTES PESQUISADOS

A idade dos pacientes participantes da pesquisa, variou de dezoito (18) anos a setenta e nove (79) anos. Quanto ao gênero, foram entrevistados sete (7) pacientes masculinos e doze (12) femininos. A escolaridade, um (1) superior completo, um (1) ensino médio completo, dois (2) ensino médio incompleto e quinze (15) ensino fundamental incompleto. A profissão, uma (1) costureira, um (1) contabilista compradora, cinco (5) do lar, dois (2) agricultores, um (1) pedreiro, um (1) estudante, dois (2) motoristas e quatro (6) aposentados. Em relação ao tipo de câncer, os achados encontrados foram: dois (2) de estômago, três (3) leucemia, dois (2) de ovário, um (1) de pâncreas, um (1) linfoma, um (1) sarcoma de partes moles, um (1) de próstata, um (1) de intestino, um (1) de coluna vertebral, seis (6) de pulmão, sendo que alguns pacientes tiveram mais de um tipo de câncer. O ano do

diagnóstico variou entre 2011 a 2018. Quanto ao seguimento do tratamento, dezesseis (16) pacientes relataram que ainda seguem, e três (3) estão em acompanhamento para evitar possíveis complicações do seu prognóstico. Quanto aos tratamentos, três (3) cirurgia; um (1) cirurgia e quimioterapia EV; dois (2) quimioterapia e radioterapia; nove (9) somente quimioterapia; três (3) não iniciaram o tratamento; um (1) cuidado paliativo (analgesia).

Quadro 1: Perfil dos pacientes entrevistados

Paciente	Gênero	Idade	Escolaridade	Profissão	Qual tipo de câncer	Ano do diagnóstico da doença	Segue em tratamento	Quais tratamentos realizou/realiza
P1	Feminino	51 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Ovário	2018	Sim	Cirurgia e quimioterapia
P2	Feminino	54 anos	Ensino médio incompleto	Aposentada	Estômago	2015	Não	Cirurgia
P3	Feminino	64 anos	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	Pulmão	2018	Sim	Quimioterapia
P4	Masculino	57 anos	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	Coluna vertebral (Lombar)	2018	Sim	Não iniciou o tratamento
P5	Masculino	67 anos	Ensino fundamental completo	Aposentado	Próstata	2011	Sim	Quimioterapia e radioterapia
P6	Masculino	60 anos	Ensino fundamental incompleto	Pedreiro	Pulmão	2014	Não	Cirurgia
P7	Feminino	64 anos	Ensino fundamental incompleto	Agricultora	Sarcoma de partes moles	2017	Sim	Quimioterapia e radioterapia
P8	Masculino	53 anos	Ensino fundamental incompleto	Motorista	Pulmão	2012	Sim	Cirurgia e radioterapia

P9	Feminino	70 anos	Ensino fundamental incompleto	Agricultora	Pâncreas	2018	Não	Quimioterapia
P10	Feminino	79 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Pulmão	2018	Não	Cuidados Paliativos (Medicação para dor)
P11	Feminino	31 anos	Ensino superior completo	Contabilista (compradora)	Pulmão	2018	Sim	Quimioterapia
P12	Feminino	52 anos	Ensino fundamental completo	Aposentada	Intestino	2014	Não	Quimioterapia, radioterapia
P13	Feminino	62 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Ovário	2016	Sim	Quimioterapia
P14	Feminino	58 anos	Ensino fundamental incompleto	Costureira	Leucemia	2018	Sim	Quimioterapia
P15	Feminino	42 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Leucemia	2018	Sim	Quimioterapia
P16	Masculino	18 anos	Ensino médio incompleto	Estudante	Leucemia	2018	Sim	Quimioterapia
P17	Masculino	60 anos	Ensino fundamental incompleto	Motorista	Pulmão	2018	Não	Não iniciou o tratamento
P18	Masculino	76 anos	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	Linfoma	2015	Não	Não iniciou o tratamento
P19	Feminino	56 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Estômago	2018	Sim	Radioterapia

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Observamos que entre os pacientes houve variações referente ao ano do diagnóstico, bem como os tipos de câncer e os tratamentos realizados. Parte dos pacientes com câncer pesquisados já apresentam metástase (P2, P5, P6, P8, P9, P10, P12). Onde o prognóstico é uma ameaça de alta mortalidade.

Nos achados da pesquisa percebe-se que o câncer de pulmão teve maior incidência (P3, P5, P8, P10, P11, P17); seguido de Leucemia (P14, P15, P16); posteriormente câncer de estômago, (P2, P19).

4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Categoria 1 – Cuidados e necessidades

Um cuidado de qualidade é aquele pensado e conduzido com foco total no paciente de câncer, considerando-se seu sofrimento e o apoio do qual necessita para conseguir, de forma mais humanizada, enfrentar o sofrimento que acompanha a doença, tanto físico quanto emocional. Fatores como segurança, tempo certo das medicações, eficiência, igualdade no atendimento, rapidez para a verificação das demandas, todos incidem diretamente sobre a qualidade dos cuidados e atendimento das necessidades dos pacientes (TRALONGO et al, 2011).

A qualidade de vida é um fator importante impactado pelo câncer, surgem limitações e dificuldades para a realização de atividades diversas nos períodos pós tratamentos e, em casos mais avançados, a autonomia do paciente pode ser totalmente comprometida. Em face disso, o cuidado com esses pacientes assume uma característica central em seu atendimento e na construção de uma vida digna e satisfatória (NAYAK et al, 2017).

Quanto ao cuidado considerado mais importante na assistência de enfermagem, verificou-se que a medicação, doses e horários foi o fator mais citado pelos pacientes (11 pacientes – 57,9%).

A atenção foi citada por 3 pacientes (15,8%), associada ao cuidado, companhia, tratamento carinhoso e respeitoso.

As demais respostas a esses questionamentos são ressaltadas a seguir para uma visão mais específica da percepção dos pacientes entrevistados.

P3: “Atenção para o paciente, todos deram uma assistência bem boa”;

P6: “Ajudar na falta de ar, colocar oxigênio”;

P9: “Higiene, mas importante também é a comida”;

P14: “Quando preciso de remédio para dor”;

P15: “Cuidados, usar luvas, máscara, etc.”;

P17: “Higienização do local e geral [...]”.

As falas dos pacientes deixam evidentes que os cuidados mais importantes, em sua visão, são relativamente simples, relacionam-se com medicamentos, atenção, minimização do sofrimento, higiene, manejo da dor e manutenção das condições adequadas do local em que se encontram.

Esses dados corroboram com a visão de Tralongo et al (2011) que ressaltam que, em sua maioria, o cuidado centrado no paciente não oferece nada muito complexo, mas baseia-se no esforço de olhar para a pessoa e verificar de que modo o enfermeiro pode atuar para que estas tenham melhores condições de vida em um momento de tamanha dificuldade.

Na sequência buscou-se verificar qual a maior necessidade para o bem-estar durante a internação. A oferta de alimentação satisfatória foi citada por 3 pacientes (15,8%), o bom atendimento foi ressaltado por 3 pacientes (15,8%), redução de dor e falta de ar 5 pacientes (26,3%), dois pacientes ressaltam a oferta de medicação adequada no momento certo (10,5%). Outras respostas que chamaram a atenção foram:

P8: “Um pouco mais de informação”;

P9: “É quando vem a freira, a gente reza, eu gosto de rezar”;

P11: “Curar essa infecção para eu continuar com a quimioterapia”;

P12: “Preciso de acompanhante, pois não consigo me locomover sozinha”;

P17: “Estar seguro e tranquilo”;

O P8 encontra-se aos cuidados dos serviços de cirurgia e radioterapia e destaca que gostaria de ter mais informações sobre os procedimentos, os motivos para que não siga o andamento de outros pacientes, já que muitos só precisam de quimioterapia. O paciente acredita que essas informações não foram aprofundadas e, assim, tem a sensação de que sua condição é muito grave, sente-se sem chances ou com poucas chances de recuperação. P11 encontra-se em quimioterapia e afirma que em função de uma infecção a quimioterapia foi interrompida, o que gera a sensação de que está piorando, de que o câncer está se desenvolvendo enquanto não recebe o tratamento. Para ambos, ainda que o médico ofereça algumas informações, quem está sempre com eles é a equipe de enfermagem e, assim,

acreditam que esses profissionais poderiam dedicar algum tempo a ouvir as perguntas dos pacientes e da família e tentar, de alguma forma, oferecer mais esclarecimentos, além de alguma segurança sobre as chances de cura desses pacientes.

Diante disto, acredita-se ser essencial esclarecer que o apoio e a atuação de uma equipe interdisciplinar podem ser fatores de extrema importância tanto para a oferta de informações sobre o quadro quanto na busca por gerar conforto, segurança e reduzir o medo da morte associada à doença.

Soukup et al (2018) afirmam que as equipes multidisciplinares vêm aumentando no que tange o cuidado do paciente com câncer, sempre com a preocupação de ofertar a esses pacientes um apoio significativo e que altere a percepção sobre a doença e o sofrimento decorrente da mesma. A literatura sobre o tema é diversificada e crescente, com aumento no número de revisões diversas. O campo está crescendo, pois, muitas disciplinas estão se envolvendo para compreender o trabalho da equipe multidisciplinar, incluindo psicologia, ciências da saúde, ciência organizacional e outras.

A equipe multidisciplinar engloba diferentes profissionais preparados para apoiar o paciente em diferentes momentos do diagnóstico, tratamento e no processo como um todo, fortalecendo a confiança e a sensação de satisfação, bem-estar e qualidade de vida dos pacientes, o que interfere muito na adesão ao tratamento e na melhoria das condições psicológicas e emocionais, causando também impactos físicos sobre essa pessoa (SOUKUP et al, 2018).

Um dos profissionais envolvidos com a equipe multidisciplinar e muito importante para a equipe, é o assistente social, profissional treinado para avaliar as necessidades psicossociais de pacientes com câncer e suas famílias, examinando o ambiente social, familiar, cultural e econômico do paciente. Eles ajudam a identificar fatores que afetam o bem-estar do paciente (TOWNSEND et al, 2010).

As respostas coletadas permitem compreender que para os pacientes com câncer internados a maior necessidade para ao bem-estar envolve o atendimento dos enfermeiros, a companhia dos mesmos, o ato de ouvir, dar atenção, demonstrar preocupação e respeito por suas necessidades. A fala do paciente P17 *“estar seguro e tranquilo”* demonstra que o medo é constante entre pacientes com câncer e a equipe de enfermagem, por atuar diretamente com eles, deve atuar para auxiliar e humanizar um momento de tamanha dificuldade.

Taleghani, Shahriari e Alimohammadi (2018) afirmam que o enfermeiro tem o papel de realizar os procedimentos técnicos, aqueles essenciais para o tratamento, porém, ele atua com pessoas que se encontram em um momento difícil e, assim, a forma como ele atende, o modo como ouve, conversa, informa e questiona, sem dúvidas, faz com que o paciente se sinta acolhido, respeitado e as dificuldades que vivenciam deixam de vistas de forma tão destrutiva. Nesse sentido vê-se a necessidade de o enfermeiro ter conhecimento teórico para poder orientar a pessoa com câncer e atender suas necessidades.

Peiter et al (2016) verificaram que quando o paciente se sente acolhido, quando percebe que os profissionais realmente se preocupam com seu bem-estar e sua satisfação, a ida para o hospital, o internamento e os procedimentos de tratamento deixam de ser momentos tão amedrontadores e traumatizantes e muitos pacientes sentem-se em casa, como se estivessem em um momento diferente, com atividades diferentes, não como em uma luta contra uma doença grave e potencialmente letal.

Buscou-se compreender em que momento o paciente mais precisou da equipe de enfermagem.

Os pacientes relataram os momentos de dor e dificuldades (falta de ar, procedimento cirúrgico associado a dor) (6 pacientes– 31,6% da amostra), necessidade de apoio para as atividades mais simples como locomover-se ou tomar água (1 paciente – 5,3% da amostra), até o paciente entender e adaptar-se ao tratamento (1 paciente – 5,3% da amostra), no momento da cirurgia (2pacientes – 10,5% da amostra), na etapa de tratamento de forma geral (1paciente – 5,3% da amostra), mal-estar diversos (2pacientes – 10,5% da amostra).

Além disso, algumas respostas se destacaram e são elencadas a seguir:

P11: “Todos os momentos em que estive internada”;

P13: “Todos os momentos precisamos deles, trocar fraldas, dar o medicamento”;

P14: “Quando fui tomar banho na primeira vez que internei, desmaiei. Todos me atenderam bem”;

P17: “Desde o início precisamos, em todas as situações, do início até o fim”;

P18: “Desde que entrei, sempre bem atendido. ”;

P19: “Para tirar o soro, eu sempre chamo”.

As respostas ao questionamento evidenciam que o paciente compreende que o enfermeiro é quem está diretamente com ele, é o enfermeiro que atende em momentos de dificuldade, mal-estar, dor, medo, enfim, do início ao fim do tratamento o enfermeiro será o contato constante.

Para muitos pacientes, a função do enfermeiro confunde-se com o técnico em enfermagem e, certamente, o momento de sofrimento diante da doença não abre espaço para que se explique a diferença entre a atuação de ambos. Nesse sentido, esta categoria levou os pacientes a pensarem nos cuidados da equipe de saúde e dos profissionais envolvidos, ainda que não fossem enfermeiros, mas técnicos da área.

Sobre o tema Sonobe et al (2011, p. 347) afirmam que:

Todos os trabalhadores que atuam na área de cuidado com o portador de câncer necessitam reconhecer e respeitar os direitos dos pacientes. Os profissionais de saúde, e especificamente os de enfermagem, além de respeitar os direitos éticos e legais dos pacientes, precisam demonstrar atenção, respeito e compreensão da situação que vivenciam, fornecendo informações e esclarecimentos a que têm direito. A quantidade e qualidade das informações disponibilizadas podem ajudá-lo nas decisões e dificuldades.

Compreende-se que o enfermeiro precisa de conhecimentos técnicos para que possa dar apoio quando o paciente se sente mal, tem dor, insônia, falta de ar, etc. Esses conhecimentos são essenciais e devem ser continuamente valorizados e melhorados. Todavia, não se pode ignorar o âmbito pessoal na relação entre enfermeiros e pacientes, já que um cuidado frio, distante e puramente técnico pode causar impactos consideráveis na satisfação dos pacientes, adesão ao tratamento e resposta a ele (SONOBE et al, 2011; TRALONGO et al, 2011).

Categoria 2 – Orientações e dúvidas

Os pacientes foram questionados sobre as orientações que gostariam de receber antes de iniciar o tratamento, verificando-se que os pacientes gostariam de compreender, de forma detalhada, o que está acontecendo, a dor e efeitos (2 pacientes – 10,5%), orientações claras sobre as necessidades do tratamento (2 – 10,5%); há relatos de que todas as explicações foram fornecidas (3 pacientes –

15,8%), cuidados sobre a doença pelo próprio paciente (2 pacientes – 10,5%), chances de cura (2 pacientes – 10,5%).

P1: “Saber para que serve, os ajustes do tratamento”;

P2: “Dar atenção quanto à medicação, dar nomes, pois a enfermeira agora me perguntou e eu não soube dizer”;

P5: “Todas as informações, porque está dando essa medicação, porque preciso fazer radioterapia e quimioterapia”;

P7: “Saber se a medicação vai dar certo”;

P12: “Gostaria de saber se vai continuar o tratamento com a quimioterapia”;

P13: “Um cuidado especial, uma palestra informativa”;

P18: “O que vai acontecer daqui para a frente”.

O intuito foi verificar se o paciente tem dúvidas sobre a doença ou o tratamento. Os dados apontam uma parte da amostra não apresentava dúvidas em face de esclarecimento adequado (13 pacientes – 68,4%) ou de pesquisas realizadas pelo próprio paciente (1 paciente– 5,3%)

P6: “Tenho, se continuar desse jeito não vou durar muito tempo”;

P9: “Às vezes eu tenho dúvidas, enjoo de tantos exames”;

P13: “Tenho muitas dúvidas, por que eu? Mas tenho muita fé em Deus”;

P14: “No começo me desesperei, chorei, mas agora estou bem”;

P15: “Tem vez que eu tenho, será que vou sobreviver ou não”;

Orientar o paciente, esclarecer suas dúvidas e oferecer informações que permitam uma melhor compreensão do tratamento é dever da equipe de saúde, na maioria das vezes representada pelo enfermeiro, além de ser um direito dos pacientes. Quanto mais claras as informações que estes recebem, maior sua compreensão sobre a importância do tratamento e do próprio papel nos esforços para a cura da doença (SONOBE et al, 2011; NAYAK et al, 2017).

Taleghani, Shahriari e Alimohammadi (2018) afirma que enquanto o enfermeiro tem amplos conhecimentos sobre a doença, o tratamento e possíveis dificuldades, os pacientes, principalmente quando iniciam o tratamento, têm

informações limitadas. Cabe ao enfermeiro verificar quais são as dúvidas, esclarecê-las de forma simples.

Balogh et al (2011) ressaltam que é muito comum que os pacientes recebam informações dos médicos, porém, em muitos casos a linguagem é de difícil compreensão e, assim, surgem dúvidas e questionamentos que comprometem a tranquilidade dos pacientes. O enfermeiro, que atua diretamente com as pessoas e passa a conhecê-las, de forma mais aprofundada deverá estar atento às dúvidas para que, assim, possa colaborar ativamente para seu esclarecimento e maior satisfação dos indivíduos por ele atendidos.

Para Mekuria et al (2016), a prestação de informações para os pacientes é indispensável para que compreendam sua realidade, os procedimentos aos quais serão submetidos, as possíveis reações, entre tantas outras e, assim, além de uma compreensão mais ampla, eles alcançam maior tranquilidade, sentem-se amparados, esclarecidos e confiantes quanto à sinceridade e capacidade de informar da equipe de saúde, criando-se uma parceria entre eles.

Maddock et al (2011) ressaltam que os pacientes que não recebem informações claras, em uma linguagem que são capazes de compreender, tendem a buscar as informações em outras fontes e, muitas vezes, acabam por acreditar em dados que não condizem com sua realidade específica.

Shea-Budgel et al (2014) afirmam que a informação é essencial para esses pacientes e seus familiares, considerando-se que se sentem inseguros, têm medo do que está por vir durante o tratamento e com o decorrer da doença e, assim, quando não recebem as informações desejadas buscam em fontes diversas, muitas das quais oferecem dados pouco confiáveis, que criam confusão e podem afastar o paciente do tratamento adequado.

Cartwright et al (2014) esclarecem que quanto maior a compreensão do paciente sobre a doença, o tratamento e o prognóstico, maiores as chances de se sentir seguro, satisfeito, além de se comprometer mais com o tratamento e com os cuidados que pode e deve conduzir por conta própria. Apesar da compreensão limitada da informação prognóstica, os pacientes relataram altos níveis de confiança na compreensão e nas informações que recebem da equipe de saúde.

Categoria 3 – Efeitos colaterais e assistência de Enfermagem

Inúmeros são os efeitos colaterais que os pacientes em tratamento de câncer podem vivenciar uma série de sintomas físicos e emocionais que impactam negativamente sobre sua satisfação e qualidade de vida. O tipo de sintomas e sua severidade varia de acordo com o local do câncer e o tipo de tratamento e, assim, alguns pacientes sentem-se menos impactados, enquanto outros passam por momentos extremamente difíceis (MAZZOTTI et al, 2012).

Pacientes com câncer enfrentam alguns problemas psicológicos, tais como estresse, ansiedade, depressão, bem como efeitos colaterais fisiológicos, destacando-se a perda de cabelo, dor, cansaço, náusea, vômito. Não se pode ignorar, ainda, os efeitos colaterais sociais como isolamento social e perda de função social ou laboral. O objetivo da terapia do câncer não é apenas curar o câncer e aumentar a sobrevida, mas também minimizar os sintomas e aliviar a qualidade de vida (USTUNDAG; ZENCIRCI, 2015).

Os pacientes foram questionados quanto aos efeitos colaterais relacionados ao tratamento e como consideram a assistência de enfermagem frente aos efeitos colaterais do tratamento. Foram relatados fraqueza, enjoos, tonturas, diarreia (5 pacientes – 26,3%), dor, falta de ar, emagrecimento (2 pacientes – 10,5%), nenhuma reação (5 pacientes – 26,3%), enjoos, dor e efeitos emocionais (1 paciente – 5,3%), inchaço nos pés e nas mãos (1 paciente – 5,3%).

P9: “Deu problema na perna, inchaço, dor nas costas, febre”;

P10: “Não iniciou ainda o tratamento”;

P12: “A radioterapia judia muito, enfraquece muito, estoura a boca menos que a quimioterapia”;

P14: “Feridas na boca, coceira, queda de cabelo, me deram assistência, principalmente nas feridas da boca, não tenho queixa”;

Os pacientes foram questionados sobre se receberam toda orientação dos cuidados com o cateter e se eles têm alguma dúvida. Todos os 19 pacientes ressaltaram ter recebido as informações necessárias sobre o tratamento de forma geral, porém apenas um paciente usava cateter port-a-cath e afirmou ter recebido

todas as informações e cuidados necessários, e que não apresentava dúvidas sobre os cuidados e importância de sua atenção para o cateter.

O procedimento de cateterismo pode ser responsabilizado por boa parte das infecções em pacientes com diferentes condições. Sua aplicação pode se dar em diferentes áreas, de acordo com as condições do paciente e necessidades do tratamento, cabendo à equipe verificar qual a opção mais adequada e proceder de sua realização com foco no paciente e no alcance de resultados efetivos com baixos riscos (SMITH; NOLAN, 2013).

Categoria 4 – Importância do Enfermeiro

O enfermeiro é o profissional que atua diretamente com os pacientes internados em uma instituição, qualquer que seja a patologia apresentada. No caso dos pacientes com câncer, como se trata de uma condição grave e que gera nos pacientes o receio da morte, esse atendimento tende a ser ainda mais visto e valorizado pelos pacientes e familiares e, assim, esse profissional é visto como essencial em todo o período de tratamento (TRALONGO et al, 2011).

Não há somente uma forma de tratamento do câncer, que pode ocorrer por meio de quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou a associação de mais de uma abordagem. Nesse sentido, além do tratamento, nenhum nível de prevenção do câncer deixa de ser afetado pela conexão humana entre a enfermeira oncológica e o paciente ou a família (COBAN; YARDAGUL, 2014).

Os tratamentos contra o câncer têm se concentrado nos elementos importantes do corpo humano (genes, polimorfismos), mas, ao mesmo tempo, a utilidade desses elementos no tratamento do câncer dependerá também da assistência de enfermagem oncológica e da conexão humana entre a enfermeira oncológica e o paciente. Para ser eficaz, o tratamento precisa ser aceitável, compreensível e descrito de uma maneira que se enquadre nas prioridades de vida dos pacientes. A aceitabilidade do tratamento depende da habilidade do enfermeiro oncológico e dos médicos em estabelecer uma conexão humana com os pacientes, de modo que possamos prepará-los bem para a experiência do tratamento em termos do que isso pode significar para suas vidas (COBAN; YARDAGUL, 2014).

O intuito foi de verificar o que a enfermeira representa para o paciente durante a internação. Os pacientes relataram que se trata de uma profissional

atenciosa, cuidadosa, que dá apoio e carinho (7 pacientes – 36,8%) informada sobre o tratamento (1 paciente – 5,3%), muito importante para um bom atendimento (3 pacientes – 15,58%), oferece maior segurança para o paciente (2 pacientes – 10,5%).

P2 e P4: “Anjo da guarda da gente. Devemos nos apegar a ela”;

P5: “Enfermeira é tudo”;

P9: “Sem ela não sou nada, sempre quando eu peço elas vêm, rezo por ela”;

P11: “Tudo, uma segunda mãe”.

P18: “Ah, é Jesus né, elas representam coisas boas”.

P19: “Pra mim ela é gente boa”

As respostas permitem compreender que surge entre pacientes e enfermeiros uma ligação que ultrapassa a função profissional, mas alcança o âmbito pessoal, os pacientes confiam nos enfermeiros, sentem-se acolhidos, seguros, protegidos e muitos consideram o enfermeiro como alguém da família “*uma segunda mãe (P11)*”.

Coban e Yardagul (2014) esclarecem que para pacientes e familiares os profissionais de enfermagem representam a ligação mais próxima entre eles, o tratamento e as chances de cura. Sabe-se que o papel do médico é essencial, porém, como o enfermeiro tem um contato mais direto com os indivíduos, para eles esse profissional é visto como indispensável e decisivo para o bem-estar, bom atendimento e mesmo para a recuperação dos pacientes.

O enfermeiro é visto, por muitos pacientes e familiares, como o profissional que está perto dele, que ouve, que troca informações, acalma, tranquiliza, além de realizar os procedimentos inerentes ao tratamento. Cuidar é a essência da enfermagem. Cuidar para ser significativo precisa ser baseado no acordo mútuo entre enfermeiros e pacientes sobre o que constitui os comportamentos de cuidado da enfermeira. Como resultado, o profissional de saúde pode melhorar a satisfação dos pacientes com o cuidado, fornecendo um comportamento de cuidado adequado (ZAMANZADEH et al, 2010).

Os profissionais da saúde vêm se esforçando grandemente para fornecer o melhor atendimento possível aos pacientes diagnosticados com vários tipos de

câncer. A contribuição dos enfermeiros tem sido reconhecida ao longo dos tempos, com o foco em manter os altos níveis de atendimento. Além disso, sua contribuição estendida ao contemporâneo visa promover e personalizar o cuidado. A influência da enfermagem na prestação de cuidados de qualidade foi identificada na literatura e uma que foi atribuída a várias razões, como o tempo que a enfermeira gasta com o paciente, a relação de proximidade desenvolvida entre o paciente e a enfermeira, os altos níveis de confiança que caracterizam essa relação e a boa comunicação (CHARALAMBOUS; ADAMAKIDOU, 2014).

Pacientes com diagnóstico ou em tratamento enfrentam vários problemas de saúde, bem como necessidades específicas que exigem um atendimento complexo e individualizado. Essa complexidade dentro do cenário do tratamento do câncer requer uma colaboração multidisciplinar para o apoio abrangente do paciente e da família. A filosofia de enfermagem exige que os enfermeiros realizem uma avaliação avançada do atendimento, a fim de identificar quaisquer lacunas que reflitam negativamente sobre o nível percebido de cuidado recebido (CHARALAMBOUS; ADAMAKIDOU, 2014).

A fim de alcançar uma avaliação holística das necessidades do paciente e promover o cuidado centrado no paciente, os enfermeiros recorrem a habilidades avançadas de comunicação que desempenham um papel crucial em colmatar a lacuna de comunicação entre o prestador de serviços e o paciente. Sua posição única de proximidade com os pacientes permite que os enfermeiros assumam o papel de coordenadores da equipe multidisciplinar, além de serem os profissionais que, muitas vezes, representam confiança e apoio a esses indivíduos e seus familiares (CHARALAMBOUS; ADAMAKIDOU, 2014).

Categoria 5 – Dificuldades encontradas

Assim como a equipe de enfermagem representa o apoio e o atendimento necessário no momento certo, esses profissionais poderão ser vistos como falhos, distantes e frios caso seu posicionamento não seja focado no paciente, em ouvir, apoiar e dar atenção em todas as situações e, com isso, a própria reação do paciente ao tratamento como um todo tende a ser impactada (BALGOH et al, 2011; COBAN; YARDAGUL, 2014).

Kapucu e Bulut (2018) afirmam que é necessário que durante o processo de formação das enfermeiras elas sejam preparadas para lidar com pacientes com condições graves, como o câncer, tendo em vista sua proximidade com eles e a confiança que depositam na atuação desses profissionais. Quanto melhor a preparação durante a formação, melhores serão seus resultados posteriormente, na prática profissional e, assim, os benefícios aos pacientes tornam-se muito mais amplos.

A maior dificuldade encontrada na assistência de enfermagem segundo os pacientes foi relacionada a sobrecarga de trabalho (3 – 15,8%) e necessidade do controle da dor antes do horário da medicação pré-estabelecida. (2 – 10,5%), não há necessidade de melhorias, fazem tudo muito bem (11 pacientes – 57,9%).

P5: “A maior dificuldade é quando eu falo do Marevan e elas não entendem isso, não dão atenção”;

P6: “[...] Não esperar o horário, quando a gente sente dor tem que dar o remédio”;

P13: “Quando precisa de remédio e tem que ficar correndo atrás e chamando”.

Ao analisar a assistência de enfermagem ao paciente oncológico, deve-se ter em mente que este indivíduo sofre, tem dor, sente medo, ressent-se da doença e, assim, mesmo em casos de bom atendimento seu retorno pode ser negativo, em função do difícil momento que atravessa (COBAN; YARDAGUL, 2014).

É preciso que o profissional de enfermagem compreenda essa realidade e, assim, possa apoiar esses pacientes mesmo em seus momentos difíceis, quando não compreendem que protocolos e horários precisam ser seguidos, pois diante da dor e do sofrimento, a necessidade de manter os horários de medicação, por exemplo, pode parecer descabida para os pacientes e cabe ao enfermeiro explicar os motivos para respeitar essas definições, quais sejam a preservação da vida e das condições de saúde do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado oferecido pelo profissional de enfermagem é de extrema valia para a pessoa com câncer, facilita a confiança e a relação entre o paciente e o profissional. Esta relação estabelecida contribui para compreensão do diagnóstico, bem como auxilia no enfrentamento das situações que podem ocorrer durante o tratamento.

O objetivo deste estudo foi conhecer os cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa com câncer hospitalizada nos diferentes momentos da doença, não somente em termo de saúde física, mas também psíquica do paciente frente a doença. Os objetivos foram alcançados e os pressupostos confirmados, sendo que todos relataram que receberam os cuidados necessários, sendo ele físico e mental nos diferentes momentos da doença.

Pode-se observar ao longo do estudo, durante a coleta de dados, que mesmo a finitude sendo nossa única certeza, ao longo da existência não nos preparamos para esse momento.

A equipe multiprofissional do setor onde foi aplicada a pesquisa, é atuante e tem um papel fundamental no conforto e no processo de reabilitação do paciente.

No que se refere à aceitação da doença, observa-se que o diálogo com os pacientes requer paciência; postura ética; saber ouvir e adquirir confiança dos pacientes neste processo. A realização da entrevista necessitou capacidade de flexibilidade e muito diálogo para conseguir estabelecer o vínculo entre o paciente e acadêmicas.

Desta forma, considera-se essencial o cuidado de enfermagem na humanização, escuta atenta, acolhimento, percepção das necessidades não expressas pelo paciente.

Conclui-se que todos os pacientes entrevistados mostraram carinho e respeito por toda equipe de enfermagem. Observou-se que a equipe tem por objetivo oferecer ao paciente conforto, amenizar a dor, acolher e dar suporte em todos os passos do processo saúde doença.

Sugere-se educação permanente da equipe de enfermagem sobre o preparo e a administração de medicamentos, envolvidos no processo saúde doença que tenham condições de identificar erros e os possíveis fatores predisponentes de

prevenção garantindo a segurança do paciente bem como enfatizar a importância do cuidado humanizado aos paciente e família.

REFERÊNCIAS

ALÁSTICO, Gabriel Pedro. TOLEDO, José Carlos; COSTA, Marcela Avelina. **Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares: estudo de caso.** Anais, SIMPOI, 2010.

ANDRADE, Silmara Nunes et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, jun. 2014. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ARAÚJO, Luiz Henrique et al. Câncer de pulmão no Brasil. **J BrasPneumol.**V. 44 n. 1, p. 55-64, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n1/pt_1806-3713-jbpneu-44-01-00055.pdf> Acesso em: 24 abr. 2018.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2018.

BALOGH, Zsolt J. Solutions for Complex Upper Extremity Trauma. *ANZ Journal of Surgery.* 2011.

BARBOSA, Sheyla Fernanda da Costa et al. Aspectos epidemiológicos dos casos de leucemia e linfomas em jovens e adultos atendidos em hospital de referência para câncer em Belém, Estado do Pará, Amazônia, Brasil. **RevPan-AmazSaude.** Ananindeua, v. 6, n. 3, p. 43-50, set. 2015. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BASKAR, Rajamanickan et al. Cancer and Radiation Therapy: Current Advances and Future Directions. **International Journal of Medicinal Science.** V. 9, n. 3, p. 193-199, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298009/>> Acesso em: 27 maio 2018.

BATISTA, DelmaRiane Rebouças; MATTOS, Magda de, SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **RevEnferm UFSM.** Jul./Set.; v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/15709/pdf>> Acesso em: 24 abr. 2018.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não realização do exame. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2018.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha Fontana. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital

geral. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, abr/jun; v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>> Acesso em: 25 abr. 2016.

BRAGA, Sônia Faria Mendes et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Rev Saúde Pública.** V. 51, p. 46, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006766.pdf> Acesso em: 20 abr. 2018.

BRANDÃO, Tânia et al. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. **Psycho Oncology**, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho.** Rio de Janeiro: Inca, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf> Acesso em: 24 jul. 2017.

CAMPOS, Fábio Guilherme C. M. DE et al. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. **Rev. Col. Bras. Cir.** V. 44, n. 2, p. 208-215, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000200208&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2018

CARTWRIGHT, Laura A. et al. Cancer Patients' Understanding of Prognostic Information. **Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education.** 2014; v. 29, n.2, p. 311–317. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284942/>> Acesso em: 12 out. 2018.

COBAN, GulayIpek; YARDAGUL, Gulistan. The Relationship between Cancer Patients' Perception of Nursing Care and Nursing Attitudes towards Nursing Profession. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing.** 2014; v.1. n. 1, p.16–21. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123454/>>Acesso em: 13 out. 2018.

COSTA, Caroline Sousa. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. **Diagn. Tratamento.** v.17, n.4, p.206-8, 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3341.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2018.

CHARALAMBOUS, Andreas; ADAMAKIDOI, Theodoula. Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). **BMC nursing.** vol. 13,1 48. 19 Dec. 2014, doi:10.1186/s12912-014-0048-4

D'ALASCIO, Renato Gomes et al. Sintomas relacionados à exposição ocupacional ao benzeno e hábitos ocupacionais em trabalhadores de postos de revenda de combustíveis a varejo na região sul de Santa Catarina. **Rev Bras Med Trab.** v. 12, n. 1, p. 21-29, 2014. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_12_n%C2%BA_1_2532014153029533424.pdf> Acesso em: 23 abr. 2018.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista PróuniversUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p.11-26, jul./dez., 2010.

DINKESPIEL, Helen E. et al. Contemporary Clinical Management of Endometrial Cancer. **ObstetricsandGynecologyInternational**. V. 13, p. 13, 2013. Disponível em: < <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/583891/>> Acesso em: 22 abr. 2018.

ENGEL, Jessica M et al. Cause Mortality Is Decreased in Women Undergoing Annual Mammography Before Breast Cancer Diagnosis. **American Journal of Roentgenology**. 204(4):898-902, 2015.

FERLAY, Jacques et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **InternationalJournalofCancer**.v. 127 n. 12, p. 2893-2917, 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/full>> Acesso em: 13 abr. 2018.

FERNANDES, Marina Viana et al. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. **CogitareEnferm**. v. 19, n. 2, p. 333-40, 2014.

FERREIRA, Flávia Regina; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; ROTTA, Osmar. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **RevAssocMed Bras**. V. 57, n. 4, p. 431-437, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a18.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2018.

FEY, Augusto et al. Perfil epidemiológico e evolução dos pacientes com câncer do colon e reto atendidos no Hospital Regional Alto Vale no ano de 2008. **Arquivos Catarinenses de Medicina**.v. 39, n. 4, p. 62-67, 2010. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/833.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2018.

FREITAS, Juliana Santa de et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf> Acesso em: 24 abr. 2018.

FREITAS JÚNIOR, Ruffo. Contribuição do sistema único de saúde no rastreamento mamográfico no Brasil. 2013 **Radiologia Brasileira**. V. 49, n. 5, p. 305-310, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v49n5/pt_0100-3984-rb-49-05-0305.pdf> Acesso em: 2 mai. 2018.

INCA a – Instituto Nacional do Câncer. **O que é câncer?** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em: 19 abr. 2018.

_____ b. **Tratamento de câncer no SUS**. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf> Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Estimativa 2018. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>> Acesso em: 2 mai. 2018.

KAPUCU, Sevgisun; BULUT, HulyaDeniz. Nursing Students' Perspectives on Assisting Cancer Patients. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**. 2018, v. 5, n. 1, p. 99–106. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763448/>> Acesso em: 14 out. 2018.

LESLIE, Kimberly K. et al. Endometrial cancer. **ObstetGynecolClin North Am**. Jun; v. 39, n. 2, p. 255–268, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518445/>> Acesso em: 21 abr. 2018.
MARTINS, Camila Albuquerque et al. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 59, n. 3, p. 341-349, 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/04-artigo-evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf> Acesso em: 21 abr. 2018.

MADDOCK, C et al. Online information needs of cancer patients and their organizations. **Ecancer medical science**. Vol. 5 (2011): 235.

MATTIAS, Silvia Regina et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: qual a melhor estratégia para o repasse dos resultados? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 30, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/4341/3638>> Acesso em: 1 maio 2018.

MAZZOTTI, E. et al. Treatment-related side effects and quality of life in cancer patients. **SupportCareCancer**. 2012; v. 20, n. 10, p. 2553-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270087>> Acesso em: 12 out. 2018.

MEKURIA, AbebeBasazn et al. Preferred information sources and needs of cancer patients on disease symptoms and management: a cross-sectional study. **Patient preference and adherence**. Vol. 10 1991-1997. 29 Sep. 2016.

MCHALE, C.M.; ZHANG, L.; SMITH, M.T. Current understanding of the mechanism of benzene-induced leukemia in humans: implications for risk assessment. **Carcinogenesis**. v. 33, n. 2, p. 240–252, 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/carcin/article/33/2/240/2464247>> Acesso em: 24 abr. 2018.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NAYAK, Malathi G et al. "uality of Life among Cancer Patients. **Indian Journal of Palliative Care**. 2017; v. 23, n. 4, p. 445–450. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5661349/>> Acesso em: 11 out. 2018.

NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016 jul-ago;69(4):733-40.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiologia**. v. 18, n. 2, p. 146-157, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2018.

PEITER, Caroline Cechinel et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v. IV, n. 11, p. 61-69, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2018.

RÊGO, Ana Graziela Soares et al. Câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 2, p. 173-180, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/07_artigo_cancer_colorretal_pacientes_jovens.pdf> Acesso em: 23 abr. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1999.334p.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, NoeliMarchioroListon Andrade. Caracterização do perfil epidemiológico do Câncer em umacidade do interior Paulista: conhecer para intervir. **Rev. Bras. Cancerol.** (Online),v. 56, n. 4. P. 431-441, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-23593>> Acesso em: 12 abr. 2018.

SANTANA, Ricardo Matos; SILVA, Verônica Gonçalves da. **Auditoria em enfermagem: uma proposta metodológica**. Ilhéus: Editus, 2009.

SHEA-BUDGELL, M A et al. Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. **Current Oncology (Toronto, Ont.)**. vol. 21,4 (2014): 165-73.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**. Brasília.v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2018.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180-185, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 maio 2018.

SMITH, Reston N.; NOLAN, Jerry P. Central Venous Catheters. **BMJ**. 2013; 347:f6570. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6570>> Acesso em: 13 out. 2018.

SOARES, Marilu Correa et al. Câncer de colo de útero: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc Anna Nery RevEnferm.**; v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a14>> Acesso em: 20 abr. 2018.

SONOBE, Helena Megumi et al. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **RevEscEnferm USP**. 2011; v. 45, n. 2, p. 342-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a05>> Acesso em: 10 out. 2018.

SOUKUP, Tayana et al. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2018, vol. 11 49-61.

SULLIVAN, Richard et al. Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. **The Lancet Oncology**. V. 16, n. 11, p. 1193-1224, 2015. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(15\)00223-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(15)00223-5/abstract)> Acesso em: 26 maio 2018.

TALEGHANI, Fariba; SHAHRIARI, Mohsen; ALIMOHAMMADI, Nasrollah. Empowering Nurses in Providing Palliative Care to Cancer Patients: Action Research Study. **Indian Journal of Palliative Care**. 2018; v. 24, n.1, p.98–103. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5801640/>>Acesso em: 10 out. 2018.

TORRES-PEREIRA, Cassius C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**. V. 28: p. S30-S39, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28s0/05.pdf> Acesso em: 10 out. 2018.

TOWNSEND, D et al. Cancer nutrition rehabilitation program: the role of social work. **Current oncology (Toronto, Ont.)**. vol. 17,6 (2010): 12-7.

TRALONGO, Paolo et al. Cancer Patient-Centered Home Care: A New Model for Health Care in Oncology. **Therapeutics and Clinical Risk Management**. 2011; v. 7, p. 387–392. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176172/>>Acesso em: 11 out. 2018.

TURAN, Taner et al. Pulmonary recurrence in patients with endometrial cancer. **Journal of the Chinese Medical Association**. V. 79, n. 4, p. 212-220, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1726490116000095>>Acesso em: 14 out. 2018.

USTUNDAG, Sema; ZENCIRCI, AytenDemir. Factors Affecting the Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Questionnaire Study. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**. 2015; v. 2, n. 1, p. 17–25. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123460/>>Acesso em: 15 out. 2018.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2011, vol. 64, n.1, pp. 106-113.

ZAMANZADEH, Vahid et al. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. **BMC nursing**. Vol. 9 10. 15 Jun. 2010, doi:10.1186/1472-6955-9-10

APÉNDICES

APÊNDICE A1– DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO

Idade:

Sexo:

() Masculino () Feminino

Escolaridade:

Estado civil:

() solteiro () casado () união estável () divorciado

() Outros _____

Profissão:

Tipo de câncer:

Tempo de tratamento:

Tratamento:

Há quanto tempo tem câncer:

Tempo de internação:

Vezes que esteve hospitalizado para tratamento do câncer:

Possui Cateter porth – a – cath:

() Sim () Não

Terapia paliativa:

() Sim () Não

PROGNÓSTICO:

APÊNDICE A 2 – COLETA DE DADOS COM A PESSOA COM CÂNCER

- 1- Qual o cuidado que você considera mais importante na assistência de enfermagem?
- 2- Qual a sua maior necessidade para o seu bem-estar quando você está internado?
- 3- Quais orientações você gostaria de receber antes de iniciar o tratamento?
- 4- Você tem alguma dúvida sobre a sua doença e o seu tratamento?
- 5- Em que momento você mais precisou da equipe de enfermagem?
- 6- Quais os efeitos colaterais relacionados ao seu tratamento? Como você considera a assistência de enfermagem frente aos efeitos colaterais do tratamento?
- 7- Recebeu toda orientação dos cuidados com o cateter? Tem alguma dúvida?
- 8- O que a enfermeira representa para você durante a sua internação?
- 9- Qual a maior dificuldade que encontra na assistência de enfermagem? O que poderia ser melhorado/alterado?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Cuidados de Enfermagem na Perspectiva da Pessoa Hospitalizada com Câncer.

Objetivo: Conhecer os cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa hospitalizada com câncer nos diferentes momentos da doença.

Período da coleta de dados: 01/08/2018 a 30/10/2018.

Tempo estimado para cada coleta: 20 a 30 minutos.

Local da coleta: Hospital de Alta Complexidade do Sul de Santa Catarina.

Pesquisador/Orientador: Paula Ioppi Zugno

Telefone: 4898843-4443

Pesquisador/Acadêmico: Joyce Nórdio

Telefone: 48 99859-4534

Larissa Vargas Mendes

48 99684-9584

10º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Inicialmente será solicitada carta de aceite para a realização da pesquisa na instituição e posteriormente o projeto de TCC será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC e do hospital coparticipante. O presente projeto apenas será desenvolvido após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade e do hospital coparticipante.

1º momento: A coleta de dados será conduzida por meio de entrevistas, iniciando-se com as perguntas para identificação do perfil dos pacientes (idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, tipo de câncer, tempo de tratamento).

2º momento: Na sequência o paciente deverá responder questões que permitem compreender sua própria visão sobre a assistência de enfermagem recebidos durante seu período de internação.

3º Momento: Os pacientes serão informados que podem levar o tempo necessário para responder os questionamentos propostos e, caso tenham dúvidas, podem esclarecer diretamente com as acadêmicas responsáveis pelo estudo.

4º Momento: Realizar análise e interpretação dos dados. A interpretação toma como base os resultados alcançados, qualificando as respostas de acordo com o que cada paciente relatou e, por fim, comparando com a literatura apresentada, no sentido de verificar se a realidade no local de estudos assemelha-se a outras pesquisas ou se os indicadores verificados são diferentes.

RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Sugestão: Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

Para relato de caso: Um relato de caso não tem riscos para o paciente pois pressupõe-se que o paciente já assinou o TCLE para que pudesse ser atendido no local e estes riscos já foram expressos no TCLE do tratamento.

BENEFÍCIOS

Como benefício a partir da identificação dos cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa com câncer hospitalizada nos diferentes momentos da doença, poderemos conhecer se o paciente está recebendo uma assistência humanizada e digna. Com esta pesquisa poderemos propor a equipe uma abordagem humanizada e ética segundo os princípios do SUS.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 itens IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas

pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Joyce Nórdio e Larissa Vargas Mendes pelo telefone (48) 99859-4534 / 99684-9584 /ou pelo e-mail joycenordio@hotmail.com / larissa.mendinha@hotmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a) / Participante	Pesquisador (a) / Responsável
<p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____. _____. _____ - ____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	<p>Nome: Joyce Nórdio</p> <p>CPF: 106.999.279 – 86</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/> <p>Nome: Larissa Vargas Mendes</p> <p>CPF: 033.827.360 – 39</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/>

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE C: TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Cuidados de Enfermagem na Perspectiva da Pessoa Hospitalizada com Câncer.

Pesquisador responsável: Joyce Nórdio e Larissa Vargas Mendes.

Campus/Curso: UNESC, Criciúma. Enfermagem.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados em prontuários dos pacientes participantes da pesquisa no Hospital de Alta Complexidade do Sul de Santa Catarina. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Prof. (a) Pesquisador (a) Paula Ioppi Zugno por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Criciúma, ____ de _____ de 2018.

Nome: Joyce Nórdio

CPF: 106.999.279 – 86

Assinatura

Nome: Larissa Vargas Mendes

CPF: 033.827.360 – 39

Assinatura
