

A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER

THE USE OF THE SUBCUTANEOUS ROUTE AS AN ALTERNATIVE TO DRUG TREATMENT AND HYDRATION OF CANCER PATIENTS.

LA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Juliana Balbinot Reis Girondi¹

Roberta Waterkemper²

RESUMO

Este artigo apresenta uma discussão teórica baseada em investigação bibliográfica e na prática das autoras sobre a utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer. Teve como objetivo relatar experiência relacionada ao uso da via subcutânea no tratamento desses pacientes, numa instituição hospitalar pública, em Florianópolis - SC. Este estudo reporta-nos à necessidade de a importância da via subcutânea para o tratamento dos pacientes com câncer e o papel do enfermeiro na educação dos profissionais técnicos, paciente e família sobre os cuidados com a manutenção do sistema.

Palavras-chave: Injeções Subcutâneas; Hidratação; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

This article is a theoretical discussion based on a bibliographic review and the practice of the authors on the use of the subcutaneous route as an alternative to drug treatment and hydration of cancer patients. It intends to report experience in a public hospital in Florianópolis, State of Santa Catarina. This study shows the importance of this route and the role of nurses in educating health professionals, patients and their families on the maintenance of the system.

Key words: Injections Subcutaneous; Fluid Therapy; Education, Nursing.

RESUMEN

Este artículo presenta una discusión teórica basada en investigación bibliográfica y en la práctica de las autoras sobre la utilización de la vía subcutánea como alternativa para el tratamiento medicamentoso y la hidratación del paciente con cáncer. El objeto del estudio ha sido relatar nuestra experiencia con el uso de la vía subcutánea en el tratamiento de este tipo de pacientes en un hospital público de Florianópolis/Santa Catarina-Brasil. Este estudio nos indica la necesidad de repensar la importancia de la vía subcutánea para el tratamiento de pacientes con cáncer y el papel del enfermero(a) en la educación de los profesionales técnicos, paciente y familia sobre los cuidados con la manutención del sistema.

Palabras clave: Inyecciones Subcutánea; Fluidoterapia; Educación en Enfermería.

¹ Enfermeira Assistencial da Clínica Médica do Hospital Universitário e do Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Especialista em Enfermagem do Trabalho

² Enfermeira Assistencial da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Centro de Pesquisas Oncológicas - Cepon; Professora Substituta da Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde pelo Ministério da Saúde; Especialista em Gestão de Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Endereço para correspondência: Rua: Luiz Gonzaga Valente, 1100. Bairro: Capoeiras; Cep: 88090-220; Florianópolis/SC
E-mail: robswater@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A terapêutica oncológica sofreu, nos últimos anos, enorme desenvolvimento, aumentando significativamente a sobrevida após o diagnóstico inicial ⁽¹⁾.

No entanto, esse progresso no campo das técnicas de diagnóstico e terapêuticas, em muitos momentos, não tem acompanhado o grau de satisfação dos pacientes. Isso se deve, possivelmente, entre outras razões, ao fato de que o paradigma teórico em que é inspirado se sustenta mais nas enfermidades que nos próprios pacientes. Enfatiza-se que a enfermidade é algo de que padecem as pessoas. Logo, é fundamental encontrar procedimentos úteis que atendam pacientes como pessoa e não um substrato de onde se desenvolvem as doenças ⁽²⁾.

O ser humano é um ser tridimensional: com aspectos físicos, psíquicos e espiritual. Cada um desses substratos gera necessidades distintas que devem ser identificadas, valorizadas e tratadas de forma específica ⁽²⁾. Refletindo sobre essa idéia, entendemos que o paciente com câncer apresenta alterações físicas e psicológicas conseqüentes ao desenvolvimento da doença, diagnóstico e terapêutica que na maioria das vezes dificulta a implementação do tratamento medicamentoso e dietética, dificultando o controle do quadro clínico e sintomatologia.

A diminuição da ingesta oral é uma das freqüentes complicações do câncer avançado, podendo estar relacionada a uma variedade de causas como: náuseas e vômitos, anorexia severa, odinofagia, disfagia, lesões orais cavitárias, obstrução esofágica e intestinal, além de alterações neurológicas ⁽³⁾.

As náuseas e vômitos são sintomas significativos para os pacientes com câncer. Estima-se que cinquenta por cento (50%) ou mais, dos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico e um número similar destes com câncer avançado, experienciam tais sintomas. São mais comuns em pacientes sob tratamento quimioterápico, podendo ocorrer também sob tratamento radioterápico. As náuseas ocorrem mais freqüentemente na fase de descanso entre um ciclo e outro de quimioterapia e, também, com a progressão da doença.

Já os vômitos severos podem levar a uma perda significativa de fluidos e eletrólitos, induzindo a uma rápida perda de peso conseqüentemente a perda de líquidos. Assim, o déficit de volume causa desidratação de moderada a severa, podendo chegar de dois (2%) a oito por cento (8%) ⁽⁴⁾.

A presença desses sintomas pode ocasionar efeitos psicofisiológicos negativos, afetando a qualidade de vida dos pacientes, levando à diminuição da ingesta hídrica, alimentar e à intolerância a ingesta de medicamentos, contribuindo para o aumento da desidratação e a interrupção do tratamento ⁽⁵⁾.

Durante a internação, além das condições do paciente, fatores como as condições do serviço e a disponibilidade dos profissionais de saúde podem interferir também na sua recuperação, refletindo-se na reorganização da família, inclusive no que diz respeito a seu aspecto emocional ⁽⁶⁾.

Entendemos que as condições físicas e psíquicas do paciente, durante a internação, podem sofrer influências

do meio e dos profissionais, pelas atitudes tomadas quando prestam o cuidado, e mesmo quando orientam um procedimento. Esses fatores influenciam o nível de ansiedade e a adesão aos tratamentos e cuidados propostos.

Quando a ingesta oral torna-se impossível para manter uma hidratação e/ou a terapia medicamentosa adequada, muitos pacientes debilitados e/ou com doença progressiva, recebem fluidos via parenteral. De acordo com a Associação de Cuidados Paliativos de Alberta ⁽⁷⁾, os pacientes podem se beneficiar com a hidratação parenteral administrada subcutaneamente se a via oral não for possível.

Durante os últimos anos, vêm ocorrendo inúmeros debates a respeito das conseqüências da desidratação no paciente com doença terminal, como: o desconforto versus as possibilidades de diminuição dos sintomas de estresse e têm sido apresentados argumentos favoráveis e contrários à administração de fluidos. A decisão de administrar fluidos deve ser individualizada e baseada em uma avaliação criteriosa, considerando problemas relacionados à desidratação, riscos potenciais e benefícios da reposição de fluidos, assim como o desejo do paciente e/ou família quanto à introdução dessa terapia. A complexidade e os desconfortos associados à administração de fluidos endovenosos, é um argumento limitante dessa via ^(3,8).

Atualmente novas técnicas de administração de fluidos têm sido desenvolvidas e redescobertas, como a hipodermoclise. A hidratação subcutânea, como via alternativa para contornar a desidratação e a continuação do tratamento, tornou-se uma técnica importante para reverter os problemas encontrados diariamente nesse tipo de paciente.

Porém ressaltamos que o surgimento de novas alternativas tecnológicas na área médica, assim como as mudanças da sociedade globalizada, trouxeram à vida das pessoas a característica do indivíduo como um ser que produz e que deve estar produzindo na sociedade em que vive, sem considerar o indivíduo como ser humano com história de vida, relações sociais enfim, um ser singular. Esse fator levou à compartimentalização do indivíduo, focalizando o atendimento à saúde para o nível biológico ⁽⁶⁾.

Neste artigo pretendemos compartilhar nossa experiência relacionada à utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer e a importância do papel do enfermeiro na educação dos técnicos de enfermagem, paciente e familiares na manutenção dessa via. Inicialmente, faremos uma revisão bibliográfica do tema e, a seguir, a descrição da técnica de punção de um sítio subcutâneo, enfatizando o processo de educação para o cuidado.

METODOLOGIA

Para este estudo realizou-se uma revisão da literatura nacional e internacional no período compreendido entre 1988 a 2005, buscando as referências específicas sobre o tema em bases de dados e periódicos científicos da área da saúde.

A VIA SUBCUTÂNEA

O tecido subcutâneo é constituído de feixes conjuntivos, fibras elásticas, parte dos folículos pilosos, glândulas sudoríparas e grande quantidade de células adiposas que se alojam nos alvéolos formados pelo inter cruzamento das fibras elásticas. É neste ponto que a pele é fixada aos músculos e ossos. Trata-se de um tecido relativamente frouxo, o que permite que a pele seja movimentada⁽⁹⁾.

As primeiras experiências com o uso da via subcutânea foram descritas pela primeira vez no ano de 1914, para administração de fluidos em pacientes pediátricos⁽¹⁰⁾. Nos hospitais da Inglaterra (1979) pela primeira vez, o método foi utilizado em pacientes em fase terminal. Outras indicações de uso da via subcutânea, a princípio, foram para o controle de vômitos severos e obstrução intestinal^(3,2). Porém, por volta de 1950, relatos de efeitos adversos severos associados com a infusão subcutânea contínua causaram o abandono dessa via⁽¹⁰⁾.

Atualmente, essa técnica vem sendo bastante utilizada na área da oncologia, especialmente após o advento dos "Hospices".

A palavra Hospice, deriva do latim (*hospes-itis*), que significa casa destinada para albergar e receber peregrinos e pobres. Mas os "Hospices" não eram locais em que se cuidava dos moribundos mas sim lugares hospitalares onde se aconchegavam forasteiros e peregrinos. No entanto, alguns estavam tão doentes e feridos que acabavam morrendo ali, podendo esse cenário explicar a relação com os "Hospices" modernos⁽²⁾.

Atualmente, vem aumentando o conjunto de sistemas de cuidados tipo "Hospices", representados pela unidade de internação, hospital dia, cuidados domiciliares e equipes de suporte. Dessa forma, a filosofia dos Hospices "é proporcionar uma atenção integral ao enfermo em situação terminal, um paciente de ninguém, um pesteadado, em um ambiente diferente ao puramente curativo dos hospitais de pacientes agudos, que se construiu com o passar dos tempos, na pedra angular da filosofia dos cuidados paliativos tipo "Hospice"⁽²⁾.

Então, o enfoque holístico da assistência volta-se para a compreensão de que

"todo o ser humano não é somente um ente unidimensional, biológico puro, mas sim um indivíduo único em todos os planos de sua existência: física, psicoemocional, social, espiritual e intelectual"⁽²⁾

O cuidado não deve voltar-se somente para o olhar clínico do paciente. É importante que o profissional perceba o paciente como alguém com necessidades e não, somente, as necessidades do paciente. Observando essa diferença conseguimos encontrar soluções, com o paciente, proporcionando um cuidado melhor e atender as suas necessidades. Um dos cuidados que ressaltamos é a orientação sobre a hipodermóclise.

A efetividade dessa técnica deve envolver a avaliação de uma equipe multiprofissional em conjunto com a decisão do paciente e familiares para a eficácia do tratamento proposto⁽¹¹⁾.

A HIPODERMÓCLISE OU HIDRATAÇÃO SUBCUTÂNEA

A hipodermóclise ou hidratação subcutânea consiste na administração de grande quantidade de fluidos (500 a 2000ml em 24 horas), no espaço subcutâneo, de forma contínua ou intermitente, apresentando muitas vantagens em relação aos outros métodos de reposição de fluidos. A solução infundida pode ser de glicose cinco por cento (SG5%) ou fisiológica a zero virgula nove por cento (SF0,9%), podendo ainda conter eletrólitos nas doses normais preconizadas^(12,13).

Como já existem no mercado soluções mistas, em nossa prática, utilizamos a solução de soro glicofisiológico (SGF), que demonstra boa absorção e ausência de reações.

Trata-se de uma técnica de fácil manipulação no domicílio, podendo ser mantida por um membro da família, após orientação^(3,2).

Indicações

As principais indicações para o uso da infusão subcutânea são: (a) náuseas e vômitos persistentes, (b) disfasia severa, (c) paciente muito fraco para utilizar drogas via oral e (d) má absorção alimentar⁽¹⁴⁾.

Outras indicações compreendem^(12, 15, 16,17):

- 1) uso intermitente: disfasia, obstrução intestinal, síndromes confusionais e altas doses de opióides via oral
- 2) uso contínuo: alteração do turgor da pele e da umidade (desidratação), acentuação da astenia e letargia, alteração da PA, debilidade severa, necessidade de sedação, intolerância a opióides via oral.

Contra-indicações⁽¹²⁾:

- estado avançado de caquexia, por hipotrofia do tecido subcutâneo
- presença de foco infeccioso próximo ao local de punção.
- não aceitação do paciente/família

Vantagens do método^(12, 14):

- técnica de fácil acesso, manuseio e manutenção hospitalar e/ou domiciliar;
- pode-se manter o paciente no domicílio, evitando-se a hospitalização;
- proporciona conforto, segurança e autonomia ao paciente/familiares, uma vez que não há necessidade de injeções repetitivas (múltiplas punções) na infusão contínua;
- a absorção da infusão é total, o que determina fidelidade da dosagem do medicamento utilizado;
- é menos doloroso que as vias endovenosa e intramuscular (por possuir menos terminações nervosas);
- a ação do medicamento infundido tem pico de ação plasmática em torno de 20 minutos;
- a infusão pode ser interrompida a qualquer momento, há menor risco de hiperhidratação, reduzindo a possibilidade de sobrecarga cardíaca
- diminui a restrição do paciente ao leito;
- evita infecções e espoliação da via endovenosa;

- facilita a alta hospitalar para pacientes desidratados ou em uso de medicação analgésica parenteral;
- nos casos de infusão contínua, não há picos ou falha na analgesia, devendo esta ser recarregada uma vez a cada 24 horas ⁽¹⁸⁾.

Medicamentos que podem ser utilizados pela via subcutânea

Os medicamentos que podem ser utilizados via subcutânea são ⁽¹⁴⁾:

- comumente: morfina, metoclopramida, haloperidol, hioscina e midazolam;
- ocasionalmente: dexametasona
- inaceitáveis: diazepam e clorpromazina

Além desses medicamentos, salientamos o uso de algumas medicações em infusão contínua, baseados em um estudo realizado sobre a prática da Infusão contínua nos Hospícios nos Estados Unidos. Por ordem de maior frequência as medicações mais utilizadas são: morfina, hidromorfona, haloperidol, midazolam, metoclopramida, hioscina, octreotida, meperidina, heparina, lorazepam, fenobarbital, atropina, hidroxizina, dexametasona, hialuronidase, fentanil, calcitonina, metotrimoprazina, difenidramina, fluidos para hidratação, prometazina, famotidina, furosemida, clorpromazina, fenitoína, ketamine, ondansetron, oximorfona, inaspsina e proclorperazina. Neste estudo, o diazepam é considerado como droga com possibilidade para uso subcutâneo ⁽¹⁰⁾.

Em nossa vivência utilizamos rotineiramente, baseados no que é recomendado pelo Ministério da Saúde Brasil ⁽¹²⁾ e Bruera, Fainsinger, Moore, Thibault, Spoldi e Ventafridda ⁽¹⁹⁾ as seguintes drogas:

- Intermitente: sulfato de morfina (Morfina), cloridrato de metoclopramida (Plasil/Eucil), ranitidina (Antak), haloperidol (Haldol), midazolam (Dormonid), naloxana (Narcan), ondansetron (Zofran), escopolamina bromidrato (Buscopan), furosemida (Lásix), methotrexate, adrenalina, hidrocortisona, fenobarbital, terbutalino (Bricanyl), soroglicofisiológico, dexametasona (Decadron),
- Contínuo: sulfato de morfina (Dimorf), metadona (Metadon), dexametasona (Decadron), midazolam (Dormonid),

Ressaltamos que o diazepam e a clorpromazina, não são utilizados pela via subcutânea em nossa rotina, pois esses medicamentos já apresentaram reações cutâneas locais confirmando a sua inviabilidade de uso por esta via.

Preferencialmente, para cada tipo de medicação, instala-se um sítio subcutâneo. No entanto, quando isto não é possível, podem-se utilizar algumas medicações pela mesma punção, conforme compatibilidade específica e saturação e/ou irritação local..

Apresentamos no Quadro I as drogas compatíveis e administráveis na mesma punção de sítio subcutâneo ⁽¹²⁾:

Ainda a título de curiosidade, apresentamos as associações de medicamentos que podem ser utilizadas em combinação (na mesma solução infundida), de acordo com o Guidelines for the use of hipodermocclisis – Cross Cancer Institute ⁽²⁰⁾:

- 1) morfina, hialuronidase, clorpromasina, cloreto de potássio;
- 2) morfina, hialuronidase, clorpromasina, methotrimoprazina;
- 3) aminofilina, hialuronidase, hidrocortisona
- 4) fenobarbital, hialuronidase;
- 5) levorfolamol, cmetidina, hialuronidase e dexametasona.

Ressaltamos que em nossa prática não possuimos esta experiência.

Complicações

Embora não sejam comuns complicações relacionadas à utilização do sítio subcutâneo, destacamos, a seguir, algumas delas que podem vir a ocorrer ⁽²¹⁾:

a) Sistêmicas: geralmente são inerentes ao tipo de medicações que se usam, devendo ser tratadas individualmente, como por exemplo: urticária causada pela utilização da morfina.

b) Locais: granuloma, irritação da pele, (hiperemia, calor local e edema), sangramentos discretos (no caso de paciente com histórico de discrasias sanguíneas), saturação do local de punção e infecção.

Quadro I - Drogas compatíveis e administráveis via subcutânea

C= compatível N= não compatível

Drogas compatíveis por via SC	Metoclopramida	Morfina	Midazolam	Dexametazona	Ranitidina	Haloperidol	Prometazina	Octreotide
Metoclopramida	C	C	C			C	C	
Morfina	C	C	C	C	C	C	C	C
Midazolam	C	C	C	N	N	C	C	
Dexametazona		C	N	C	C	N		C
Ranitidina		C	N	C	C			
Haloperidol	C	C	C	N		C	C	
Prometazina	C	C	C			C	C	
Octreotide		C						C

Locais de punção do sítio subcutâneo

Para a infusão de grande quantidade de líquidos ou para a administração de medicação intermitente, é importante que se escolham regiões com maior quantidade de tecido subcutâneo. Preconizam-se as seguintes regiões para a punção: região infraclavicular e face anterior e posterior do músculo deltóide. Já os quadrantes superiores e inferiores abdominais devem ser evitados por desconforto do paciente e pior acesso, porém há autores que consideram esta região adequada para a infusão subcutânea^(2,4).

Em nossa prática temos utilizado como rotina as regiões: infraclaviculares, quadrantes abdominais e vastos laterais de coxa. Percebemos que a tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições gerais de cada paciente e volume infundido.

Os locais de punção da via subcutânea podem ser^(12, 16):

- 1) Uso Intermitente: Região de Giba, Região lombar no quadrante interior externo e terço superior interno do braço, Região periumbilical com 2 cm de distância, utilizando angulação de 90° graus.
- 2) Uso Contínuo: Região infra clavicular (bilateral), Região abdominal (6cm a 8cm ao redor da cicatriz umbilical), Região do vasto lateral da coxa bilateral (cerca de 4 dedos acima do joelho e 4 dedos abaixo do trocânter), utilizando-se a angulação de 30° a 45° graus.

Dispositivos utilizados para punção do sítio subcutâneo

O dispositivo mais utilizado e com menor custo é o *butterfly*.

Os catéteres de teflon poderiam ser utilizados por apresentarem menor risco de trauma cutâneo, porém apresentam maior grau de dificuldade para a punção e manipulação e têm custo elevado. Além disso, alguns pacientes referiram não perceber diferença entre os dispositivos quando posicionados corretamente.⁽³⁾

A duração de um sítio subcutâneo com agulha de teflon (onze dias) é maior do que com o *butterfly* (cinco dias). Este tempo de duração é variável podendo a agulha de teflon permanecer de um até vinte e sete dias⁽²²⁾.

O calibre do *butterfly* utilizado para punção deve ser 25 G ou 27 G, sendo estes utilizados frequentemente em crianças ou pacientes caquéticos⁽²⁾.

Procedimento de instalação do sítio subcutâneo⁽¹²⁾

O procedimento de instalação do sítio subcutâneo realizado em nossas rotinas, tem como referência as normas preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer.

Material necessário para punção:

- bandeja
- luva de procedimento
- algodão embebido em álcool a 70% (para antisepsia)
- dispositivo tipo Scalp ou butterfly no 25 ou 27 (para punções contínuas) ou agulha 13X4,5 (para punções intermitentes)

- fita para fixação tipo micropore ou filme transparente
- medicação prescrita
- tesoura
- solução intravenosa conforme prescrição, se necessário
- equipamento para administração contínua de fluidos (Bomba de infusão)
- material para tricotomia, se necessário

Reunir todo o material e proceder da seguinte forma⁽¹²⁾:

- lavar as mãos;
- orientar paciente/familiares sobre o procedimento;
- eleger a melhor área para realização da punção;
- preencher o intermediário do scalp com a medicação prescrita e/ou solução salina, (lembrando que 0,5ml preenchem o intermediário);
- realizar antisepsia do local a ser puncionado; fazer a prega subcutânea com o dedo polegar e médio, introduzindo a agulha em angulação de 30° a 45° graus.
- fixar as asas do dispositivo, com fita micropore ou filme transparente, protegendo a inserção da agulha, conforme fotos abaixo;
- administrar a medicação lentamente;
- identificar a punção com: data, horário, calibre do dispositivo, medicação utilizada e o responsável pelo procedimento;
- ajustar o fluxo da Bomba de Infusão, em caso de hidratação e/ou terapêutica medicamentosa contínua;

Observações importantes durante a realização do procedimento

- Ao realizar a punção do tecido subcutâneo, não superficializar e nem aprofundar a agulha para que o bisel não fique posicionado na região intradérmica ou intramuscular;
- Não puncionar áreas próximas a locais de irradiação e/ou focos infecciosos;
- Um novo local de punção deve estar a uma distância mínima de cinco (5) centímetros do local anterior;
- Observar e orientar o paciente/família sobre a presença de hiperemia, calor e edema local, que são sinais de irritação tecidual ou infecção. Neste caso a punção deve ser trocada.
- Monitorar e orientar o paciente quanto a sinais de febre e/ou calafrios em relação ao local da punção quanto a presença de edema, eritema persistente, dor e presença de secreções;
- Avaliar e estimular o paciente/família, diariamente, a observar o local da punção para detectar sinais de acúmulo como: formação de pápula;
- Caso isto ocorra, pode-se utilizar 400 UTR de Hialuronidase.

Para que haja uma adequada absorção subcutânea dos fluidos infundidos, utiliza-se uma enzima denominada de hialuronidase. Essa enzima atua hidrolizando o ácido hialurônico da barreira intersticial, originando sua ruptura temporária, permitindo uma rápida difusão e absorção dos fluidos. A concentração da hialuronidase varia segundo alguns autores como: a concentração de 600 U para cada litro de soro glicofisiológico e 300 U para 500ml^(2,3).

Em um estudo publicado comparando o uso de 300 U de hialuronidase e 150 U para 500ml de soro, observaram-se poucas diferenças nos efeitos adversos e a escolha do paciente, sugerindo que a concentração de 150 U para 500ml de soro fosse a dose efetiva^(2,3,7)

Em nossa experiência profissional, utilizamos a dose de 400 UTR de hialuronidase (Frasco ampola com 2000 UTR/5ml), para 500ml de soro glicofisiológico, na vazão de 20 a 40ml/h dependendo da tolerância subcutânea de cada paciente.

Observamos que os pacientes mais caquéticos apresentam intolerância a vazão de 40ml/h, indicando a diminuição da vazão para 20ml/h. Porém, alguns pacientes com tecido subcutâneo eutrófico também apresentam intolerância a vazão de 40ml/h, sendo necessária a diminuição da mesma.

EDUCANDO O PACIENTE, A FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO

A educação do paciente, da família e dos profissionais de saúde é uma atitude vital para que se consiga o sucesso no manejo do sistema de hidratação e/ou tratamento medicamentoso do paciente com câncer. É uma tecnologia de cuidado de enfermagem que visa proporcionar às famílias e aos pacientes uma participação ativa na manutenção desse sistema. Acreditamos que o relacionamento terapêutico que permite a educação, torna-se uma ferramenta relevante para a troca de informações e a manutenção do cuidado nesta ocasião.

A ausência de relacionamento emocional do profissional de saúde agrava as dificuldades enfrentadas pela família, assim como seus sentimentos, potencializando as condições de sofrimento psíquico⁽⁶⁾.

Dessa forma, a falta de sensibilidade do profissional no momento de relacionar-se com o paciente e a família, levam a um processo educativo pouco efetivo e menos humano. Por este motivo, destacamos a importância de se estimular um relacionamento profissional mais voltado para a necessidade de compreensão e adesão do paciente e família ao tratamento e não só o cuidado específico para o procedimento. Perceber o cuidado de enfermagem por esse ângulo é permitir a realização do cuidado mais humanizado.

Como necessidade cada vez mais presente de se combater a contradição imposta pela tecnologia, pela sociedade e a impessoalidade do cuidado, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o programa de humanização dos Serviços de Saúde, buscando a melhoria das relações entre os profissionais e pacientes através do acolhimento, da valorização da comunicação entre os envolvidos nos serviços e a inclusão da família como co-participante no

processo terapêutico, resgatando a dignidade, singularidade e integralidade⁽⁶⁾.

Este novo olhar sobre a interação paciente, família e profissional da saúde, é entendido como um momento em que duas pessoas (paciente/família e profissional) ou três (paciente, família e profissional) se reconhecem como indivíduos singulares, com necessidades particulares, que podem divergir entre si, quanto à maneira de pensar e agir, assim como quanto às dúvidas, anseios, e inseguranças individuais. Essa interação e respeito pelo outro, são formas facilitadoras do processo educativo para o cuidado. É importante que o enfermeiro discuta esta necessidade com os profissionais técnicos de enfermagem, sensibilizando-os para um cuidado voltado ao respeito pelo outro, diminuindo a impessoalidade do cuidado e melhorando a interação do profissional que cuida com o ser cuidado mesmo no processo de ensino para o uso da via subcutânea para hidratação e/ou terapia medicamentosa.

O vínculo e o acolhimento podem ser utilizados como instrumentos de “porta de entrada”, para a educação, em que o profissional pode passar pequenas orientações aos familiares de maneira adequada e humana. Essa atitude pode aliviar, mesmo momentaneamente, as condições de sofrimento trazidas pelo contexto da vivência da doença e da internação, além de proporcionar tranquilidade à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que utilizar o tecido subcutâneo como alternativa para tratamento medicamentoso e hidratação do paciente oncológico é uma tecnologia que traz muitos benefícios ao cliente e permite melhor adesão ao tratamento.

Consiste numa técnica de fácil aplicabilidade e manutenção, em ambiente hospitalar e domiciliar. Além disso, há de se considerar a questão financeira, pois seu custo é relativamente baixo. No entanto, algumas questões devem ser refletidas pelo profissional antes da sua utilização. É necessária uma investigação do conhecimento que o paciente e/ou cuidador possuem acerca da dor, da doença e das intervenções terapêuticas possíveis, que julgam ser importantes, bem como o esclarecimento da realidade que se apresenta.

A atuação do enfermeiro neste momento é imprescindível, uma vez que estará interferindo no processo educativo dos profissionais técnicos e para o estímulo do auto-cuidado do paciente e o cuidado da família, o que certamente é uma atitude fundamental para a eficácia de todo o tratamento.

Enfatiza-se que:

“a comunicação com o paciente com câncer apresenta peculiaridades relacionadas ao fato de se estar em contato com uma doença que historicamente representa ameaça à vida”⁽¹⁾.

Por isso, a importância de a enfermagem ajudar a romper esse paradigma. E isto, será realmente possível quando o paciente perceber que a pessoa que está cuidando dele, preocupa-se com seu conforto e o respeita

como ser humano, pois isso é cuidar, é humanizar o cuidado, é fazer cuidados paliativos.

É fundamental nos instrumentalizarmos continuamente, buscando conhecimentos, habilidades e atitudes, para podermos promover mudanças e garantir um cuidado de Enfermagem qualificado e digno ao paciente com câncer e sua família, pois a mudança só ocorrerá quando conscientes atuarmos de acordo com as necessidades identificadas.

21. Bruera E, Brenneis C, Michaud M, Bacovsky, Chadwick, Emeno A and MacDonald N. Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer* 1988; 62: 407-11
22. Macmillan K, Bruera E, Kuehn N, Selmser P, Macmillan A. A prospective comparison study between a butterfly needle and a teflon cannula for subcutaneous narcotic administration. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994; 9(2): 82-4.

Recebido em: 25/11/2005

Aprovado em: 14/02/2006

REFERÊNCIAS

1. Brentani MM. et al. Bases da oncologia. São Paulo: Lemar; 1998
2. Imedio EL. Enfermeria en cuidados paliativos. Madri: Panamericana; 1998.
3. Steiner RN, Bruera, E. Methods of hydration in Palliative Care Patients.[on line] *Journal of Palliative Care* 1998; 14(21):6-13 [Citado em: 28 fev. 2002] Disponível em: <http://www.planetinternet.be/~henl805/voeding/voedart5.htm>
4. Gates RA, Fink, RM. *Oncology nursing secrets*. Philadelphia: Hanley e Belfus, 1997.
5. Fainsinger RL, Tara ME, Miller MJ et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994; 9(7):298-302.
6. Pinho LB, Kantorski LP, Erdmann AL. Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados. *REME – Rev Min Enfermagem*, 2005; 9 (1): 7-12.
7. Alberta Palliative Care Handbook. Hydration [Citado em: 28 fev. 2002]. Disponível em: http://www.albertapalliative.net/APN/PCHB/07_Hydration.html
8. Bruera E, Legris MA, Kuehn N, Miller M. Hypodermoclysis for administration of fluids and narcotic analgesics in patients with advanced cancer. *Cancer Pain Relief Committee. Journal of Pain and Symptom Management* 1990; 5 (4):218-20
9. Potter PA, Perry AG. *Grande Tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. São Paulo: Santos; 1997.
10. Herndon C, Fike D. Continuous Subcutaneous infusion: practices of United States Hospices. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 22 (6):1027-34
11. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Artificial hydration (AH) for people who are terminally ill. *European Journal of Palliative Care* 1997; 4(4): 124
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Cuidados Paliativos Oncológicos*. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
13. Bruera E, Stoutz ND, Fainsinger RL, Spachinsky K, Almazor MS, Hanson J. Comparison of two different concentrations of hyaluronidase in patients receiving one-hour infusions of hypodermoclysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10(7):505-9.
14. Twycross RG, Lack SA. *Terapêutica em Câncer Terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
15. Consenso Nacional de Dor Oncológica. Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED); Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP); Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). São Paulo: EPM- Editora de Projetos Médicos; 2002.
16. Bruera E, Brenneis C, Perry B, MacDonald RN. Continuous subcutaneous administration of narcotics for the treatment of cancer pain: A Guidelines to Continuous subcutaneous infusion. *Cross Cancer Institute*. Alberta: Knoll Pharmaceuticals Canada; 1987.
17. Moulin DE, Johnson NG, Parsons NM, Geoghegan MF, Goodwin VA, Chester MA. Subcutaneous narcotic infusions for cancer pain: treatment outcome and guidelines for use. *Can Med Ass J* 1992; 146 (6): 891-7.
18. Coyle N, Mauskop A, Maggard J, Foley KM. Continuous subcutaneous infusions of opiates in cancer patients with pain. *Oncology Nursing Forum (ONF)* 1986; 13(4):53-7.
19. Bruera E, Fainsinger R, Moore M, Thibault R, Spoldi E, Ventafridda V. Local toxicity with subcutaneous methadone. experience of two centers. *Pain* 1991: 1-3
20. Cross Cancer Institute. Guidelines for the use of hypodermoclysis. *Rockyview General* 1991; 15(54): 2-7