

## Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico - STO

MÍRIAN APARECIDA TEIXEIRA<sup>1</sup>, MAGDA RODRIGUES CÔRTEZ REZENDE<sup>2</sup>,  
MARIÂNGELA FREITAS LAVOR<sup>3</sup>, ROSYLÉA NEVES BELÉM<sup>4</sup>, MARIA  
APARECIDA G. CARRULLO<sup>4</sup>

### Introdução

Em 1986, um grupo de profissionais de diversos hospitais do Rio de Janeiro, atuantes em oncologia, discutiu, em reuniões coordenadas pelo Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Ministério da Saúde, o sistema assistencial disponível ao paciente com câncer. A demanda de pacientes que chegavam aos centros especializados já com a doença avançada e possibilidades de tratamento limitadas (80% em média) justificava a iniciativa de que, paralelamente a ações de prevenção e educação mais abrangentes, dever-se-ia ser avaliado o sistema de atendimento aos pacientes ditos fora de possibilidades terapêuticas atuais - FPTA. Objetivando a elaboração de um programa assistencial de qualidade, um grupo de trabalho foi formado para avaliar este sistema.

Verificou-se que, no Rio de Janeiro, quando se discutia sobre a má qualidade do atendimento ao paciente FPTA, geralmente atribuía-se toda a responsabilidade ao sistema credenciado para oferecer apoio hospitalar a estes pacientes (clínicas e casas de saúde conveniadas para este fim), ressaltando-se suas instalações e recursos precários. O grupo que avaliava o sistema de atendimento, no entanto, levantou a questão sob vários outros aspectos, concluindo que a problemática se iniciava no próprio hospital de tratamento especializado.

O paciente que dá entrada numa instituição especializada no tratamento do câncer é avaliado, diagnosticado e tratado com todos os recursos disponíveis, altamente dispendiosos, sendo feito sobre ele extensos registros em volumosos prontuários. Existe ao seu redor todo um clima de interesse científico e humano, ao qual o paciente se entrega em confiança. "De repente", ao se concluir que os recursos disponíveis para tratar a neoplasia se esgotaram, aquela atenção que o cercava deixa de existir. O sistema vigente, sem condições de manter

este paciente internado, em detrimento dos que ainda apresentam chances terapêuticas, pelo reduzido número de leitos, lhe reserva apenas o direito a eventuais atendimentos de emergência e a controles ambulatoriais previsivelmente incompatíveis com as suas condições financeiras e de evolução da doença. Todas essas dificuldades e incapacidade de resolução acabam na decisão de transferência do paciente para uma clínica de "apoio", credenciada como de longa permanência. Com esta decisão, o hospital dispensa, também, suas responsabilidades e interesse científico, apesar de constrangido pelo conceito que goza este "apoio" dentro do meio médico.

Neste momento, encerra-se a atuação dos especialistas em Oncologia? Encerra-se a necessidade que o cliente tem de atendimento especializado? Encerra-se o interesse da instituição pelo registro sobre a evolução do caso?

O grupo de trabalho também constituído para a elaboração de um programa de atendimento mais eficiente ao paciente FPTA avaliou, na época, os maiores estabelecimentos de "apoio" do Rio de Janeiro, bem como o sistema de transferência para estes.

Entre os supostos inconvenientes, confirmou-se a considerável precariedade de recursos materiais e de conforto para os pacientes, quando comparados aos recursos dos hospitais especializados, mas não tão inferiores, se comparados com a maioria dos hospitais públicos. Igualmente, com relação aos recursos humanos, verificou-se um déficit de pessoal para o serviço social e de enfermagem, e, mais pertinente ainda neste aspecto, a quase ausência de assistência prestada por psicólogos e oncologistas.

Em resumo, pôde-se concluir que a tais "casas de saúde de apoio" - orientadas para oferecer controle sintomático de pacientes crônicos e terminais - competiria apenas atender às necessidades de manutenção do paciente internado, face à impossibilidade de outras alternativas assistenciais. Elas, porém, não se mostravam

<sup>1</sup>Coordenadora do STO - Hospital de Oncologia/INCa; <sup>2</sup>Presidente do Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico-Gesto; <sup>3</sup>Enfermeira do Pro-Onco/INCa e voluntária do STO - Hospital de Oncologia/INCa; <sup>4</sup>Psicólogas do STO - Hospital de Oncologia/INCa - Endereço do autor para correspondência: Mirian Aparecida Teixeira - STO Hospital de Oncologia - Rua Equador, 831 - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20220-410

habilitadas para avaliar, indicar e oferecer os cuidados paliativos de que necessitam esses doentes. Tampouco apresentavam condições de reencaminhá-los ao hospital especializado para que fossem submetidos a avaliações e procedimentos paliativos, como a radioterapia antiálgica e anti-hemorrágica, cirurgias higiênicas, entre outros, por falta de transporte suficiente e adequado.

Os profissionais mais interessados, ou especialistas, encontrados nos estabelecimentos visitados reclamavam tanto da insuficiência de dados com que eram encaminhados os pacientes pelo hospital especializado, como da ausência de interação entre a instituição de origem e a de "apoio". Analisado este aspecto, observou-se displicência no preenchimento dos relatórios de transferência. O paciente chegava ao "apoio" sem registro histopatológico de confirmação diagnóstica, sem relato dos tratamentos efetuados, sem descrição da extensão da doença e sem orientação especializada dos cuidados a serem mantidos. Geralmente, acompanhavam-nos as AIHs, sumariamente preenchidas, que se limitavam a informar sobre a localização topográfica do tumor primário e a condição de "fora de possibilidades terapêuticas" do paciente, justificando a transferência por tratar-se de paciente TERMINAL, termo que passava uma mensagem implícita de "não haver mais o que ser feito", mensagem que, por sua vez, tentava justificar as restritas informações e a indisponibilidade para questionamentos.

Apesar desse descaso (e por causa dele), foram encontrados pacientes "TERMINAIS", vivos, há dois anos internados; foi levantada uma média de permanência de 90 dias e foi constatada a total inegibilidade de todos os transferidos para serem submetidos a novos tratamentos disponíveis, por insuficiência de dados e informações. Foi verificado um considerável índice de abandono familiar, conflitante com a inconformidade da maioria dos familiares que, à revelia, retornavam com os pacientes aos hospitais de origem, reiniciando-se o ciclo de desestruturação assistencial.

Afinal, a quem ampara os centros credenciados para "apoio"? O que se deve esperar, como suporte, destes centros?

Ficou evidente na análise que os credenciamentos serviam de sustentáculo à instituição especializada cujos recursos terapêuticos haviam sido esgotados e que ficaram também sem alternativas para oferecer continuidade assistencial, em forma de cuidados paliativos, não obstante a fase adiantada da maioria dos pacientes que recebe.

A importância de se desenvolver formas alternativas e eficazes de atendimento ao paciente FPTA, quando não pela intenção ética de oferecer-lhe melhor estrutura assistencial, se justificaria pela responsabilidade do especialista de atender à crescente demanda de clientes que, apesar dos tratamentos aplicados, apresentam progressão da doença.

### **Programa de atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais - FPTA**

Em resposta aos questionamentos e à pesquisa feitos pelo grupo de trabalho, foi elaborado, junto com o Pro-Onco, o denominado "Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais - FPTA".

O Programa propunha, basicamente, a criação de serviços, ou setores, direcionados especificamente para o controle destes pacientes, e integrados aos hospitais de tratamento do câncer. Fazia-se necessária uma proposta de resgate da responsabilidade e influência científica dos centros "de referência" em Oncologia, não só até que se esgotassem as chances terapêuticas dos pacientes, mas também até que se esgotassem as possibilidades de assistência a eles.

O programa buscava as seguintes metas:

Favorecer a melhoria da qualidade de vida do paciente tratado.

Garantir a continuidade do elo de confiança estabelecido entre o paciente e o hospital de tratamento.

Desenvolver as alternativas assistenciais específicas às necessidades dos pacientes FPTA.

Restringir as transferências para as clínicas de "apoio" aos casos ditos sociais, instituindo, para esses casos, formulário de encaminhamento com os dados, informações e orientações necessários à oferta de um melhor suporte.

Manter com as instituições de "apoio" a interação necessária, oferecendo os recursos especializados para os cuidados paliativos.

Contribuir com a rotatividade necessária dos leitos destinados aos pacientes passíveis de tratamento especializado, absorvendo os cuidados dos pacientes FPTA, através da oferta de assistência alternativa compatível com cada caso, definida após avaliação multiprofissional.

Registrar e informar aos serviços prestados dados estatísticos sobre a assistência prestada.

### **Projeto piloto**

Diante da impossibilidade de implantação do programa no serviço público, principalmente pela proibição de constatações de novos funcionários, optou-se por inseri-lo dentro de um hospital especializado como um projeto piloto que utilizasse mão-de-obra voluntária.

Assim, em 1989, foi inaugurado, no Hospital de Oncologia/Inamps-RJ, o primeiro *Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico*, logo conhecido pela sigla STO, composto por uma equipe multiprofissional, da qual participavam alguns membros do grupo de trabalho inicial e da elaboração do programa, todos voluntários, sem vínculo empregatício com a instituição, ou ligados a ela,

porém atuando fora dos seus horários contratuais, sem remuneração de qualquer espécie.

Os resultados estatísticos do primeiro ano de execução do projeto piloto superaram as expectativas e confirmaram as possibilidades do alcance das metas propostas.

O serviço se utilizou da estrutura física e dos recursos materiais e técnicos do Hospital de Oncologia. Funcionou em horário comercial, de segunda a sexta-feira, e atendeu exclusivamente aos pacientes matriculados na unidade, dispondo como recurso próprio apenas de uma ambulância cedida pelo Pro-Onco.

Ofereceu como alternativas assistenciais o seguimento ambulatorial temporário; a assistência prestada através de visitas domiciliares; supervisões ao atendimento de "apoio" da clínica que recebia 95% dos pacientes transferidos pelo Hospital de Oncologia; o acesso a um plantão de orientações permanente ou por telefone, e promoveu a formação de grupos familiares de convivência.

Alcançaram-se, ao primeiro ano de atuação, índices satisfatórios de influência sobre a realidade anterior do "não haver o que fazer": conquistaram-se espaços; venceram-se os servidores mais incrédulos e receosos; garantiu-se a aceitação, por parte dos pacientes e familiares, especialmente da assistência domiciliar; e conseguiu-se diminuir em 65% o número de encaminhamentos às clínicas de "apoio". Foi interessante observar-se os números relativos aos óbitos: os 70% anteriormente ocorridos em clínicas de "apoio" passaram a ser 20% de um total do qual, em 1990, 50% passaram a ocorrer na própria residência do paciente.

Concentrou-se a quase totalidade dos pacientes em uma só clínica de "apoio". Observou-se que a presença do STO nas atividades de supervisão desta clínica provocou não só o interesse pelos pacientes transferidos, inclusive por parte do seu hospital de origem, como também uma considerável melhora na qualidade da assistência a eles dispensada.

### **Gesto - Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico**

Em 1990, o grupo atuante no projeto piloto do Programa de Atendimento ao Paciente FPTA, entusiasmado com os resultados obtidos, fundou o Gesto, entidade filantrópica de representação e atendimento às necessidades do paciente com câncer fora de possibilidades terapêuticas atuais e pacientes terminais.

Esta entidade intencionava fundamentar oficialmente a proposta do Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico - STO; incentivar a criação de novos STOs; funcionar como organização captadora de recursos (da iniciativa privada e de subsídios públicos) para a manutenção de todos eles; e atuar como agente divulgador dos resultados obtidos.

Em 1991, o Gesto foi reconhecido por decreto do Governo do Estado como serviço de Utilidade Pública. Também neste ano firmou-se um convênio com o Ministério da Saúde, pelo qual o Gesto foi caracterizado como prestador de serviço e através do qual foi inaugurado o STO do Instituto Nacional de Câncer - INCa/RJ.

Em 1992, quando se extinguiu o prazo do convênio, foi possível ao grupo do STO do INCa repetir a experiência vivenciada pelo grupo do STO do Hospital de Oncologia, com o alcance de resultados satisfatórios, o que veio consagrar a proposta de criação de serviços de suporte terapêutico integrados aos hospitais especializados no tratamento do câncer.

Com a consolidação da reforma administrativa levada a cabo no Ministério da Saúde, o INCa incorporou mais duas unidades hospitalares, as unidades II (Hospital de Oncologia) e III (Hospital das Pioneiras Sociais), ficando o Hospital do Câncer como a unidade hospitalar I do INCa. Os STOs existentes foram incorporados aos organogramas das unidades I e II, onde já funcionavam como setores de atendimento, tendo sido os funcionários que haviam sido contratados pelo Gesto absorvidos pela Fundação Ari Frauzino, também consolidada como uma instituição ligada ao Instituto Nacional de Câncer - INCa.

### **Resultados obtidos**

Ao final de 1992, foi possível calcular que cada STO, isoladamente, foi responsável pelo atendimento, em regime externo, de aproximadamente 20% do número de pacientes que as duas unidades matricularam e mantiveram internados. As Tabelas 1 e 2 mostram, respectivamente, os números relativos aos pacientes atendidos e aos óbitos ocorridos.

### **Filosofia assistencial do STO**

O STO foi idealizado para que funcionasse como uma extensão dos hospitais de tratamento do câncer, visando ao desenvolvimento e aplicação de técnicas de cuidado assistencial paliativo, como uma alternativa para ineficientes e constrangedoras transferências para o sistema de "apoio" credenciado. O objetivo não é a substituição deste sistema pelos STOs, pois as limitações são muitas para que se espere solucionar, com uma só proposta, todas as deficiências por ele apresentadas, mas sim o de minimizar o quanto possível o problema da assistência aos pacientes FPTA, preenchendo as possibilidades com alternativas viáveis, de baixo custo e de cooperação entre as instituições especializadas e o sistema.

Os hospitais que incorporam um STO devem estar conscientes de suas metas e objetivos. É preciso que

**Tabela 1.** Número de pacientes atendidos pelos STOs distribuídos por ano e tipos de serviço prestado

Ano	Local	Pacientes atendidos	Consultas/ambulatório	Visitas/domicílio	Supervisão/"Apoio"
89	H.O.	215	496	174	389
90	H.O.	322	649	695	609
91	H.O.	394	1.377	1.679	553
	INCa	657	845	790	2.204
92	H.O.	442	1.007	2.846	449
	INCa	1.030	1.498	1.782	4.889*
Total		3.060	5.872	7.966	9.093

\* Incluídas as visitas de pacientes em regime de hotelaria

**Tabela 2.** Número de óbitos verificados pelos STOs distribuídos por ano e por local de ocorrência

Ano	Local	Domicílio	Hospital	"Apoio"	Total
89	H.O.	21	24	62	107
90	H.O.	118	28	0	146
91	H.O.	126	86	59	271
	INCa	123	90	226	439
92	H.O.	147	95	67	309
	INCa	198	166	301	665
Total		733	489	715	1.937

seus médicos cooperem, selecionando e encaminhando estritamente os pacientes de indicação para o STO, de modo a garantir-lhe cumprir a função a que se destina, e que os hospitais estejam disponíveis para avaliar e oferecer todos os recursos especializados que ainda podem beneficiar, mesmo que paliativamente, os pacientes FPTA.

Portanto, um paciente atendido pelo STO continua sendo paciente do hospital de tratamento e mantém o direito de por ele ser assistido sempre que se beneficie dele, o que é avaliado e deliberado, em conjunto, pelos profissionais do STO e do hospital.

Mesmo que o STO tenha como um de seus objetivos auxiliar o hospital de tratamento na liberação dos seus leitos, através da oferta de alternativas de atendimento externo ao hospital, ele não pode se responsabilizar, administrativa ou assistencialmente, pelos pacientes que estiverem internados, mesmo que eles já tenham sido encaminhados e venham sendo atendidos pelo STO. Este assume ou volta a assumir o atendimento aos pacientes encaminhados e incluídos como FPTA, após indicada a alta.

O STO está estruturado para atender às necessidades do paciente FPTA na intenção de propiciar-lhe uma vida de melhor qualidade. Portanto, não se destina a receber os pacientes agonizantes ou que sabidamente não contam com a colaboração familiar para a assistência proposta. Estes deverão merecer do hospital de tratamento o atendimento de rotina - caso seja este o encaminhamento para uma clínica de "apoio" e, sendo esta supervisionada pelo STO, nela o paciente receberá da equipe do STO o atendimento necessário e a avaliação permanente para um possível resgate social, quando da eventual alteração de suas condições atuais.

Um STO criado dentro de um hospital especializado não deve ter como objetivo esvaziar a instituição de todos os pacientes FPTA, para não se tornar apenas um outro mecanismo de transferência de responsabilidade. Deve-se criar com o hospital a interação necessária para que todos trabalhem para assistir o paciente FPTA dentro de suas possibilidades, em um sistema de cooperação mútua, sem prejuízo das atividades básicas específicas.

Deve o STO divulgar, periodicamente, dentro da instituição de tratamento, os resultados e a rotina da sua prática de assistência, informando aos setores, que a eles encaminharam pacientes, suas dificuldades e necessidades de participação específica. Não se pode esquecer que o STO deve manter o Registro Hospitalar (no caso, o do Hospital de Câncer do INCa) ou o departamento equivalente (Setor de Estatística, Serviço de Arquivo Médico etc.) informados sobre o seguimento dos casos atendidos e os óbitos ocorridos, para que se mantenham atualizados os arquivos do hospital, pré-requisito fundamental para que este possa levantar dados que atestem a qualidade da assistência que presta.

Deverão ser explicitamente acordadas entre o hospital e o STO as possibilidades de atendimento de pacientes não matriculados, especificando-se bem as limitações para que este atendimento seja feito.

O funcionamento e a operacionalização de um STO envolvem vários setores e etapas que se encontram dispostos no Quadro 1 e que são discutidos a seguir:

Os diversos setores de tratamento do hospital, em qualquer nível de atendimento - triagem, ambulatório,

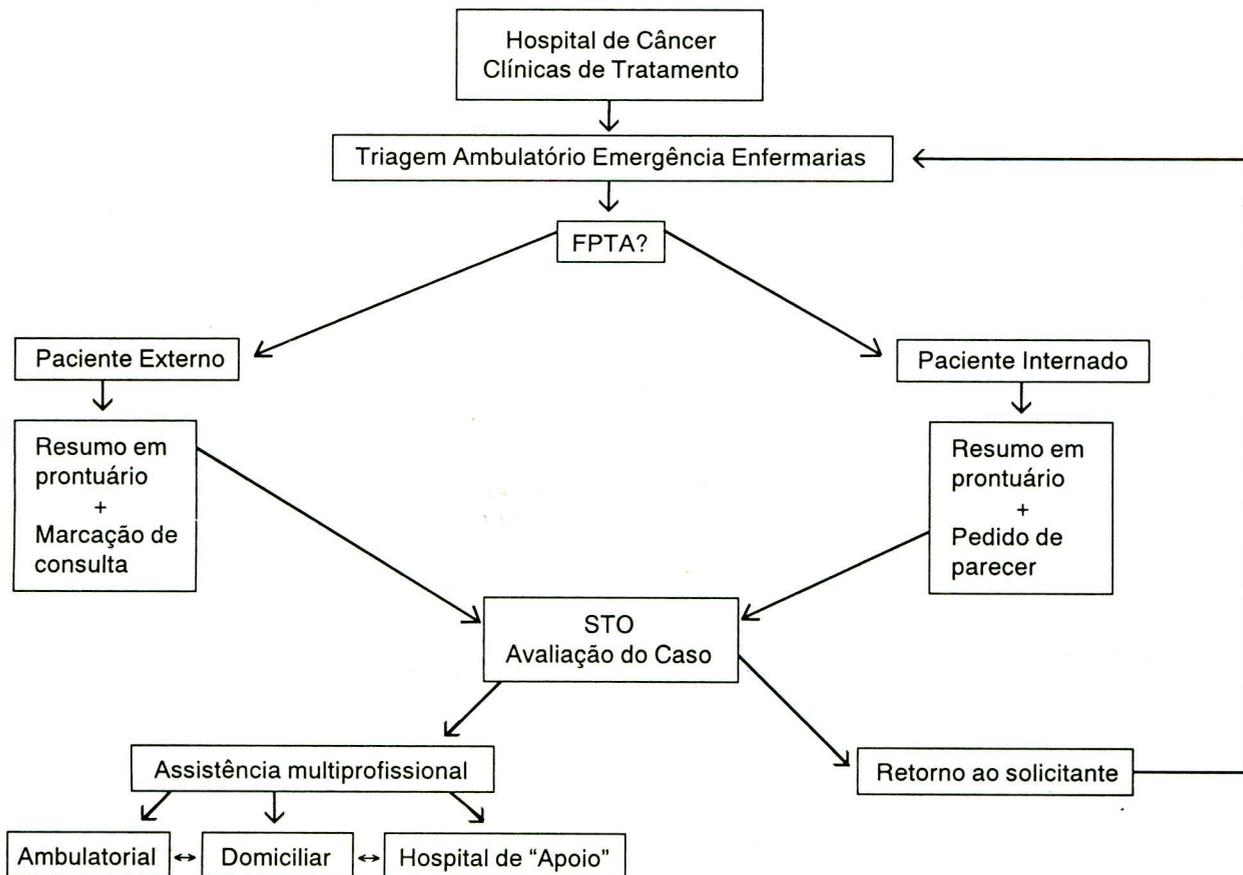
emergência ou enfermaria - podem encaminhar ao STO os pacientes por eles considerados FPTA, através de marcação de consulta ambulatorial, no caso de pacientes externos, ou através de solicitação de parecer, caso o paciente esteja internado, devendo o encaminhamento de pacientes internados ser solicitado com uma antecedência mínima de 48 horas da data prevista para a alta hospitalar.

É um pré-requisito estabelecido pelo STO que um resumo sucinto do caso clínico esteja já disponível no prontuário médico, no qual também seja explicado por que o paciente foi considerado FPTA e a necessidade que ele tem de suporte a ser oferecido pelo STO.

A clínica que por último atendeu ao paciente ora encaminhado deverá ter esgotado todos os procedimentos hospitalares de alívio indicados para o caso e coberto as necessidades previsíveis para um curto prazo, a fim de viabilizar o atendimento de suporte e evitar que o paciente necessite retornar ao hospital precocemente. Essas necessidades e procedimentos referem-se geralmente à orientação dietética, ostomias, derivações, radioterapias paliativas, transfusões sanguíneas, pleurodeses etc.

**Quadro 1** - Fluxograma de um STO

**Dinâmica de funcionamento e operacionalização do STO**



Os familiares, responsáveis ou visitantes deverão ser informados sobre a indicação do encaminhamento ao STO pelo médico solicitante e convidados, pelo assistente social, a comparecerem ao STO para maiores esclarecimentos.

A equipe do STO deverá proceder a uma avaliação multiprofissional de cada caso encaminhado, na consulta de primeira vez, ou em resposta ao pedido de parecer. Apenas os casos que dispensem a discussão conjunta de profissionais do STO e do setor encaminhante deverão ser assumidos pelo STO, após a alta do paciente.

Sendo o STO um serviço de suporte terapêutico externo ao hospital, o oncologista e o clínico lotados no serviço deverão avaliar as possibilidades físicas do cliente com vistas às alternativas de atendimento, se ambulatorial ou domiciliar, devendo ser confirmado que todas as indicações e benefícios dos procedimentos disponíveis no hospital foram esgotados.

O caso de paciente que os médicos do STO considerarem com possibilidades de se beneficiar de procedimentos hospitalares complementares deverá ser rediscutido com o médico do setor pelo qual o paciente foi encaminhado ao STO. Por sua vez, os médicos dos diversos setores do hospital deverão ser esclarecidos sobre a intenção do STO de atender aos pacientes que lhe são encaminhados, fazendo com que ocupem, dali para a frente, o mínimo possível de leitos e recursos do hospital, mas que suas necessidades mais prementes devem ser previstas e atendidas pelos médicos dos setores, antes de assinada a alta hospitalar.

Quando aceito o paciente no STO, incondicionalmente os enfermeiros deste devem proceder a uma avaliação dos cuidados de que necessita este paciente, a fim de analisar, após a entrevista, baseando-se nos graus de dificuldade e dependência apresentados pelo paciente, as possibilidades e necessidades do treinamento de familiares para executarem tais cuidados na sua residência.

Os enfermeiros deverão também dar o seu parecer sobre a modalidade assistencial que melhor se adapta ao caso do paciente sob avaliação, ou seja, se ambulatorial ou domiciliar. Na ausência de condições residenciais ou na incapacidade dos familiares, deve-se considerar a internação na clínica de "apoio". Quando possível, deverão os enfermeiros iniciar o treinamento familiar já à primeira consulta, dando as orientações básicas e específicas para o caso, utilizando-se do material disponível e distribuindo prospectos de orientação.

Os assistentes sociais, da mesma forma, levantarão nesta primeira análise as condições sócio-familiares e econômicas do paciente, de modo a definir qual das diversas modalidades de atendimento oferecidas pelo STO lhe será mais benéfica. Suas avaliações devem dar conta de que o paciente pode ser atendido em ambulatorio, residência ou que, na ausência de condições pró-

prias ou de seus familiares, ser internado em uma clínica de "apoio".

Toda a equipe tentará avaliar as condições do paciente e da família e a seguir trabalhar no sentido de que seja um dos atendimentos prestados pelo STO o que mais beneficie o paciente, tentando evitar ao máximo as decisões que resultem na internação do mesmo em uma clínica de "apoio". Esta deve ser indicada somente quando, na ausência de condições físicas do paciente ou na impossibilidade de prestação de cuidados por parte de seus familiares, seja contra-indicada a sua permanência no domicílio; ou quando, apesar de presentes as condições físicas e operacionais, não for possível assegurar-se os custos da permanência do paciente na residência (alimentação, higiene, condições ambientais de comodidade e segurança, etc.).

Logo, é a equipe multiprofissional que decide sobre a forma pela qual o paciente será atendido pelo STO.

Esta equipe, durante a assistência prestada, terá a incumbência de analisar sistematicamente, com base nos mesmos critérios anteriormente utilizados, a manutenção da modalidade assistencial escolhida ou a transferência para outra modalidade que melhor atenda ao paciente e sua família.

Os familiares, no seu primeiro contato com o STO, devem sempre receber o Manual de Orientações para o Paciente e Familiares e informar os dados necessários para que o serviço os contate e localize: endereço e melhor itinerário com pontos de referência para se chegar à sua residência. Deverá também o responsável pelo paciente assinar um termo de compromisso que visa esclarecer possibilidades, limites e normas da assistência prestada pelo STO, e que servirá para dirimir eventuais dúvidas futuras.

No atendimento de primeira vez aos pacientes e familiares, durante todas as análises, pareceres e esclarecimentos, os profissionais do STO devem ouvi-los, aceitar-lhes as ansiedades, ajudá-los a entender o que lhes foi explicado pelo médico que os encaminhou ao STO e procurar conhecer suas expressões mais diversas, a fim de pautar a assistência no perfil de expectativas percebidas em cada caso. Estas observações deverão ser discutidas entre os membros da equipe e constar do plano de atendimento de cada profissional, individualmente.

### **Modalidades assistenciais**

Para alcançar as metas propostas, são desenvolvidas, em cada STO, as seguintes atividades: assistência ambulatorial, assistência domiciliar, supervisões e assistência aos pacientes internados em clínicas de "apoio", plantão de orientações à distância (por telefone) e reuniões de familiares. Através destas formas de atendimento, é possível cercar todas as alternativas de assistência às necessidades dos pacientes e seus fa-

miliares. Como conjunto de possibilidades, estas modalidades de atendimento são capazes de oferecer assistência aos pacientes FPTA quaisquer que sejam suas condições clínicas, sociais, econômicas e familiares, estendida até a ocorrência dos óbitos.

Para que se cumpra o objetivo de não se desligar o paciente da instituição que o tratou, é imprescindível que o STO funcione integralmente a ela. Ao contrário do que se possa pensar, esta condição não aumenta o volume de atendimentos de pacientes FPTA nos hospitais. O sistema dos STOs representa para os pacientes toda a assistência esperada sem que necessitem estar internados. Tem se verificado que os pacientes FPTA em condição de alta hospitalar aceitam naturalmente melhor as propostas alternativas e complementares de suporte do STO do que a anterior e unilateral alternativa de internação em clínicas de "apoio". O médico que lhes dá alta justifica e indica a assistência do STO, o que os faz resistirem menos a ela, já que lhes é oferecida uma assistência de apoio mais abrangente. Esta oferta preenche as inseguranças do paciente de que se deixar seu leito ficará sem a assistência do hospital. A dificuldade residia, inicialmente, em fazê-los crer que o hospital iria até eles, se necessário fosse. Hoje, contudo, assim como as clínicas de "apoio" ganharam fama no meio médico e entre a população, os médicos, familiares e pacientes também já sabem que estes últimos serão assistidos continuamente pelo hospital através dos STOs.

Nos quatro anos de existência dos STOs integrados a hospitais de tratamento, sua eficiência tem se comprovado quando eles são avaliados sob vários parâmetros. Até 1989, antes do primeiro STO ser implantado, verificava-se um volumoso índice de procura dos pacientes, sob controle ambulatorial e internados em clínicas de "apoio", pelos setores de emergência dos hospitais de tratamento. Atualmente, os médicos plantonistas desses setores testemunham a diminuição da demanda de pacientes FPTA, declarando que os casos atendidos agora, inclusive, procuram a emergência para procedimentos eminentemente hospitalares, como drenagem pleural, pleurodese e transfusões sanguíneas. Ao contrário de antes, quando à menor alteração do estado clínico - episódios de vômitos, febre, dispnéia e dor resistente ao uso de analgésicos prescritos - os pacientes procuravam o setor de emergência, sem que se lhes fosse oferecido não mais do que aplicar-lhes medicações sintomáticas de efeito transitório. Não se tem registrado mais, ultimamente, atendimento a pacientes procedentes de clínicas de "apoio" supervisionadas pelo STO, no Hospital de Oncologia. O Hospital do Câncer, por manter na clínica de "apoio" muitos pacientes em fase de tratamento especializado, continua a prestar muitos dos atendimentos de emergência.

Todas as modalidades assistenciais do serviço terapêutico oncológico são responsáveis pelos resultados obtidos, e têm, até o momento, composto um siste-

ma de suporte capaz de atender às necessidades observadas no universo de um paciente FPTA, nada impedindo, porém, que novas modalidades assistenciais sejam desenvolvidas dentro do STO para que se continue a prestar a assistência adequada ao paciente FPTA. A seguir, apresentam-se os tipos de serviços atualmente prestados.

### **Assistência ambulatorial**

Funciona como uma das portas de entrada dos pacientes externos encaminhados ao STO, e as atividades são realizadas em dois turnos semanais.

As consultas são marcadas com antecedência pelo STO, porém os familiares e pacientes são orientados a comparecer, mesmo sem marcação prévia, sempre que necessário. Portanto, além do plantão de orientações à distância, os clientes sabem que também podem contar com o atendimento, em dois dias semanais fixos.

A assistência ambulatorial é a modalidade escolhida pela equipe para atender aos pacientes encaminhados que apresentem as condições clínicas, sócio-econômicas, familiares, de locomoção e de companhia mínimas exigidas para que possam comparecer aos controles periódicos no hospital. Esses pacientes geralmente são também inseridos na assistência alternativa e complementar de acupuntura, que se realiza no ambulatório em um dos dias de consulta do STO.

Ambulatorialmente também são atendidos os pacientes que não residem no município do Rio de Janeiro (ou seja, pacientes não beneficiados pela visita domiciliar), que periodicamente comparecem ou se fazem representar, para que recebam orientações, materiais e medicamentos necessários para a manutenção dos cuidados no seu domicílio. Para eles, o STO elabora um laudo dirigido à unidade assistencial da localidade onde residem, esclarecendo e orientando o atendimento necessário, em caso de complicações previstas, e o preenchimento do atestado de óbito, em caso deste ocorrer.

A equipe, na modalidade ambulatorial de assistência, procura controlar os sintomas do paciente; supervisionar e treinar a execução de seus cuidados diários; melhorar, na medida do possível, as suas condições sócio-econômicas e familiares, suprimindo-o de medicamentos e recursos diversos; e, o que também é muito importante, ouvindo-o. Sempre que indicado, os pacientes e familiares são atendidos conjuntamente por psicólogos, em consulta ambulatorial, e, se acordado entre eles, através de consultas individuais programadas. Os pacientes são atendidos individualmente, seja por procura espontânea ou encaminhamento por outros profissionais da equipe. Este mesmo procedimento se aplica aos familiares. É importante que o atendimento psicológico seja feito no mesmo dia da consulta médi-

ca, de modo a facilitar o comparecimento do paciente e procurar diminuir o grau de ansiedade gerado pela consulta médica. O atendimento sendo realizado dessa forma possibilita também a troca de informações sobre o paciente através dos profissionais que o estão atendendo.

A assistência ambulatorial tem se mostrado de grande valia, quando executada da forma aqui descrita, pois para o paciente que mantém a integridade física é importante sentir-se ativamente comprometido com seu tratamento e comparecendo ao hospital como sempre o fez anteriormente, assim como, pelas mesmas razões, é importante explorar suas capacidades laborativas, recreativas e sociais, o que é estimulado, por exemplo, através do seu engajamento às campanhas de auxílio a outros pacientes.

Os pacientes permanecem sendo atendidos pelo STO no ambulatório, até que o agravamento de suas condições clínicas ou sócio-econômicas não mais lhes permita fazê-lo. Nesta eventualidade, eles passam, geralmente, a ser atendidos através do controle domiciliar.

### **Assistência domiciliar**

É a chave da assistência do serviço de suporte terapêutico oncológico, o seu carro-chefe, e vem de encontro às necessidades mostradas pela maioria dos pacientes FPTA.

Geralmente, o paciente internado no hospital de tratamento ou em clínica de "apoio" deseja estar em sua casa. O atendimento a esse seu desejo jamais havia sido possibilitado, no Rio de Janeiro, principalmente pela insegurança demonstrada pelos familiares responsáveis, justamente por não contarem com o suporte profissional exclusivamente destinado a viabilizar esta possibilidade.

Pacientes e familiares sentiam-se empurrados a aceitar como única possibilidade a internação em clínicas de "apoio", quase convencidos de que a doença e o paciente necessitavam de cuidados hospitalares ininterruptos. Esta inverdade manteve muitos pacientes, durante meses, internados em diversos locais, recebendo apenas hidratação venosa e analgésicos convencionais que justificassem a sua permanência hospitalar. Por outro lado, algumas vezes este tipo de internação se tornava o único meio de acesso às drogas psicotrópicas de uso hospitalar exclusivo.

Desejosos de estarem em suas casas com seus familiares e dispostos a seguirem as orientações de profissionais, a iniciativa do STO lhes possibilitou a volta à casa, com segurança, e a garantia de uma assistência domiciliar regular.

Inicialmente, pacientes e familiares não acreditavam na proposta. Chegavam a pensar que esta oferta fosse uma estratégia para esvaziar os leitos hospitalares. À primeira visita que recebiam sempre demonstravam uma

grande surpresa. A vizinhança também assistia à sua chegada do hospital público nas suas ruas com olhar incrédulo. Aos poucos o STO foi se estabelecendo como uma realidade possível, viável e rotineira, em suas vidas.

As visitas domiciliares se realizam semanal ou quinzenalmente, a critério da equipe, que se baseia no estado geral atual do paciente e na necessidade de treinamento para cuidados específicos.

Uma primeira visita é feita por uma equipe formada por um médico, um enfermeiro e um assistente social e visa observar as condições físicas e ambientais do paciente. Nesta visita, os profissionais orientam e improvisam adaptações necessárias ao atendimento; fiscalizam as condições sanitárias da habitação, alertando para as necessidades de higiene no trato com o paciente e para a proteção dos responsáveis e demais moradores da casa; procedem aos exames físicos; iniciam o esquema de atendimento sintomático e treinam adequadamente os familiares nos procedimentos necessários. O assistente social pesquisa a veracidade das informações coletadas durante o parecer anterior; procura verificar se a família dispõe de recursos e de alimentação suficientes para a manutenção do paciente em casa; e, sempre que necessário, incorpora os casos de precariedade alimentar em programas de auxílio social, como o é "Campanha do Quilo", que é realizada nas comunidades hospitalar e extra-hospitalar para a montagem de bolsas de alimentos, com distribuição mensal às famílias identificadas como carentes.

Traçado o esquema de atendimento ao paciente visitado, a equipe define o aprazamento das visitas subsequentes, que serão da responsabilidade do enfermeiro, que solicitará o concurso de outros profissionais da equipe, sempre que julgar necessário reavaliar alterações clínicas e sociais observadas. O psicólogo também acompanha o enfermeiro nas visitas de controle, sempre que o caso necessite de assistência emocional mais técnica. Compete ao psicólogo, nestas visitas, registrar observações concernentes à dinâmica familiar, que serão úteis para oferecer ao paciente e seus familiares uma assistência psicológica mais abrangente. A partir da percepção do relacionamento familiar, o psicólogo poderá indicar o atendimento individual de membros da família. É ideal que não haja interrupção do acompanhamento do paciente, sendo necessária a adequação do cronograma das visitas para que o mesmo psicólogo faça os atendimentos subsequentes.

Os enfermeiros visitantes seguem os protocolos do STO e estão autorizados a executar as alterações necessárias em prescrições médicas, seguindo uma escala de drogas e dosagens preestabelecidas e limitadas aos sintomas e respostas mais comuns.

Durante cada visita, é feito no prontuário o registro da evolução clínica observada, das orientações ministradas aos familiares, das queixas principais do pacien-

te, da manutenção ou alteração de medicamentos e do exame físico do paciente, além das observações feitas sobre a capacidade e a disponibilidade familiar para o trato com o doente. As observações registradas servirão de orientação para o visitador seguinte, que não será necessariamente o mesmo.

Para executar as visitas domiciliares, o visitador deve possuir uma maleta (maleta de fibra com diversos compartimentos, usada geralmente para transportar material de pescaria ou ferramentas), na qual leve os medicamentos padronizados de uso geral e específico.

A maleta deverá também conter os instrumentos de mensuração de sinais vitais e os de exames físico, e os formulários de orientação e encaminhamento. Os visitantes devem manter o paciente abastecido dos medicamentos e materiais necessários para o tempo previsto até o seu retorno.

No veículo que transporta a equipe, deve-se manter um estoque de materiais de consumo. Além destes recursos, o STO deve dispor, para empréstimo aos pacientes, de balas de oxigênio, cadeiras de rodas, comadres, patinhos, colchões d'água ou de finalidade antiespina e coxins d'água.

O aprazamento das visitas, que podem ser semanais ou quinzenais, deve ser comunicado aos pacientes, sem que seja assumida precisamente a data ou horários das mesmas; do contrário, causar-se-ão ansiedade e dependência no paciente e no comprometimento da equipe, com algo que, por vezes, não pode ser estritamente cumprido, em virtude da ocorrência de fatos imprevistos.

É basicamente desta forma que se dá a assistência domiciliar de suporte terapêutico, responsável pela manutenção dos pacientes sob um controle que lhes propicia uma melhor qualidade de vida, dentro de suas possibilidades sociais. Por mais humildes e precárias que sejam as moradias destes pacientes é nelas que eles se sentem melhor, atendidos pelos seus, junto de objetos e pertences que lhes são caros, e inseridos na rotina familiar, no seu universo íntimo.

A vivência desta modalidade assistencial tem garantido que os familiares se tornam capazes de exercer cuidados necessários, e que sempre se dispõem a seguir as orientações dadas pelos profissionais do STO, geralmente conseguindo vencer as resistências e dificuldades que se apresentam em conta de terem seus pacientes em casa, compreendendo, com o tempo, que atendem às suas necessidades satisfatoriamente. Esta prática tem demonstrado, inclusive, uma suavização do pesar destes familiares, após o óbito dos pacientes, justamente por terem participado ativamente dos cuidados a eles dispensados, como que numa sensação de afetividade familiar mantida até o final da sua vida e de dever cumprido. Eles têm consciência e orgulho de terem dispensado a atenção e carinho que os pacientes necessitavam sem que tivesse sido indispensável inter-

ná-los. Raros têm sido os casos que, por desistência familiar, os pacientes necessitem de transferência para clínicas de "apoio".

Com o agravamento do quadro dos pacientes, torna-se recomendável um reforço nas orientações e no apoio emocional dos envolvidos. Nesta fase, é comum ter de se lidar com um despreparo para as situações agudas: por uma questão cultural, os familiares tendem ao descontrole emocional frente à proximidade da morte, daí necessitarem da orientação enfática sobre o despropósito de, neste momento, transportarem os pacientes aos serviços de emergência, devendo ser estimulados a procurar auxílio espiritual e religioso que os conforte e os tranquilize nesta hora de perda e dor.

Durante as visitas domiciliares, tem sido possível ao médico realizar procedimentos como paracenteses, toracocenteses, instalação e troca de cateteres que facilitam a administração de medicamentos. Apenas para submeter-se a hemotransfusões ou exames específicos é que o paciente será reencaminhado ao hospital.

Indispensável ao sucesso dos controles domiciliares é a oferta de um plantão de orientações à distância. Os pacientes sob controle domiciliar devem ser orientados para se comunicar com o STO, por telefone ou através de um dos seus familiares, sempre que se observe qualquer alteração dos sintomas ou do seu estado geral, para que sejam prontamente orientados sobre que conduta seguir, não devendo tomar qualquer atitude ou providência antes de receberem essa orientação. A possibilidade de contar com auxílio técnico em horário de rotina mantém os pacientes seguros de que terão a assistência de que necessitam, na maior parte dos casos. Apenas na impossibilidade de contato com o plantão, que ainda só funciona em horário de rotina os pacientes devem recorrer aos serviços de pronto atendimento mais próximos de sua residência, não se esquecendo de levar consigo o sumário do seu caso, preparado pelo STO.

### **Plantão de orientações à distância**

Este tipo de assistência, embora não proposta no projeto original, estabeleceu-se ao longo da aplicação deste e tornou-se a modalidade assistencial centralizadora de todas as outras, como se verá a seguir.

Inicialmente programada para fins administrativos, a secretaria do STO tornou-se o "quartel-general" do mesmo, de onde se lançam ao trabalho as equipes e para onde retornam, trazendo as informações atualizadas sobre os pacientes, essenciais para proceder-se à discussão dos casos atendidos e para planejar-lhes os atendimentos futuros. Na sala da secretaria encontram-se os mapas dos atendimentos efetuados, contendo todas as informações necessárias para a continuidade de assistência prestada pelo STO, o que possibilita a qualquer membro da equipe poder prosseguir o

atendimento de um caso não visto por ele na consulta anteriormente prestada.

Prontuários médicos não são mantidos na secretaria do STO, para que se evite a retenção dos mesmos no período de fechamento do serviço, que ainda só funciona em horário de rotina, e que as informações sobre os pacientes se tornem indisponíveis aos outros setores do hospital (o de emergência, por exemplo). O STO movimenta diariamente, no arquivo geral do hospital, os prontuários dos pacientes a que presta assistência, mantendo-os atualizados e contribuindo, assim, com o Registro Hospitalar (caso do Hospital do Câncer do INCa).

É na secretaria que são recebidos os familiares dos pacientes encaminhados ao serviço e apresentados à equipe do STO. Também nela são dadas as orientações básicas e iniciais e anotadas as informações e expectativas dos clientes. Quando lhes é passado o Manual de Orientações, é enfatizado que devem se comunicar com o STO antes de tomar qualquer providência ou atitude diante de situações novas, o que lhes pode evitar um deslocamento desnecessário ao hospital. Os responsáveis são também orientados para utilizar o plantão de orientações para dirimir dúvidas deixadas ao primeiro contato ou para obter orientação sobre condutas a serem tomadas face a situações não previstas pela equipe.

Para trabalhar no plantão, um funcionário da área administrativa foi treinado com o objetivo de atuar como um elo entre a equipe técnica, paciente e seus familiares, encaminhando aos profissionais solicitações feitas, as quais serão atendidas por telefone ou pessoalmente, na dependência do caso.

Esta assistência à distância tem sido responsável pela diminuição da demanda de pacientes que procuravam desorientadamente o hospital por motivos que se viu contornáveis até através de uma orientação à distância. Verificou-se que mesmo o familiar menos ansioso e mais desembaraçado no cuidado com seu paciente necessita, em algum momento, de orientações básicas porém capazes de evitar desgastes intensos.

Neste plantão, os profissionais são mantidos em sistema de rodízio, encontrando-se aptos para resolver a maioria das solicitações feitas, triando e orientando a utilização do serviço de emergência apenas em casos inevitáveis. É também a este plantão que se dirigem os diversos setores do hospital, quando da solicitação de atendimento pelo STO; logo, ele também funciona como um elo de integração e identificação do serviço. As equipes das clínicas de "apoio" sabem, inclusive, que podem contar com o plantão de orientações do STO para levantar questionamentos, esclarecer dúvidas ou solicitar auxílio para o atendimento dos pacientes que internam.

O plantão de orientações é também responsável pelos resultados obtidos pelas outras modalidades as-

sistenciais, já que transmite aos usuários do STO a confiança de que, no intervalo compreendido entre as consultas ambulatoriais ou visitas domiciliares, a equipe se encontra alcançável e disponível.

### **Supervisão à clínica de "apoio"**

Esta atividade semanal do STO, procurando cumprir o objetivo de atender a todos os pacientes considerados FPTA pelo hospital, tem como principal finalidade atender aos pacientes que não puderam ser assistidos em ambulatório ou no domicílio, seja por indisponibilidade de recursos familiares, seja por impossibilidade do paciente ser mantido em casa. Noventa e cinco por cento dos casos encontram-se internados em uma única clínica, que é a supervisionada pelo STO.

Porém poucos têm sido os pacientes transferidos para clínicas de "apoio", após terem tido assistência domiciliar prestada pelo STO. Os que se encontram nelas internados foram encaminhados por plantonistas noturnos ou médicos da triagem, que o fazem na impossibilidade de internação imediata no hospital especializado, seja para avaliação posterior pela equipe do STO, seja para se submeterem a tratamento. Todo paciente internado em uma clínica de "apoio" e que tenha sido encaminhado pelo hospital ao qual se integra o STO é considerado um paciente da responsabilidade do STO.

A assistência é prestada por médico e assistente social, que observam como está sendo atendido o paciente, intervindo quando julgarem que podem contribuir para a melhoria do atendimento dispensado. Figurativamente representam o hospital de origem do paciente, porém não são oficialmente autorizados ou reconhecidos pela instituição credenciada como normalizadores, instrutores ou fiscais do serviço que elas prestam, mas sim agentes integradores entre o hospital e a clínica, profissionais disponíveis e interessados no aperfeiçoamento da assistência aos pacientes FPTA. Eles verificam, diretamente ou através de relatos feitos pelos pacientes, as condições específicas de atendimento, procurando cooperar com a transferência de recursos materiais provenientes do hospital, para que possam melhorar o tratamento programado. É também através desta atividade do STO que se mantém o elo entre a clínica de "apoio" e os diversos setores do hospital que necessitam manter os seus pacientes internados para aguardar ou receber o tratamento indicado, sob regime de hotelaria (por exemplo, pacientes forâneos que se encontram sob radioterapia), garantindo-se o cumprimento das orientações e cuidados prescritos pelos especialistas e o comparecimento às seções de tratamento agendadas no hospital especializado.

Além disso, é através desta atividade do STO que se selecionam os pacientes sobre os quais não se tinha informação anterior, para que se apliquem as outras modalidades assistenciais do STO, ou seja, resgatan-

do-os para o controle ambulatorial ou domiciliar, que são as modalidades preferenciais do serviço. Através da orientação dos responsáveis pelo paciente, costuma-se encontrar receptividade por parte dos familiares, no sentido do reenaminhamento do caso ao hospital, de modo a ser atendido pelo STO. Esta última iniciativa tem favorecido uma queda de 70% dos encaminhamentos para clínicas de “apoio”, sendo que a maioria dos casos é mantida sob assistência domiciliar, evidentemente por não apresentarem condições de comparecimento ambulatorial.

A equipe, ao demonstrar interesse pela situação do paciente e garantir-lhe a visita domiciliar periódica, tem alcançado um índice alto de aceitação de transferências para a residência, a partir do momento que a alta hospitalar não passa mais a significar alijamento e desassistência.

### Assistência a grupos de familiares

A assistência a grupos de familiares é uma atividade coordenada pelos psicólogos, que promovem reuniões para as quais são convidados a participar os familiares, amigos e outras pessoas envolvidas diretamente com os pacientes. Essas reuniões são quinzenais, têm duas horas de duração, não havendo a obrigatoriedade de serem realizadas com os mesmos grupos. Têm como objetivo promover encontros entre os familiares dos pacientes atendidos pelo STO, propiciando-se um espaço de troca de experiências e reflexões. Neste contexto, sob a condução dos psicólogos, todos são levados a expressar seus anseios, possibilidades e limitações.

Nestes encontros, os psicólogos observam as dificuldades de cada presente no enfrentamento da doença, seus sentimentos ambivalentes para com o paciente, sendo os mais verificados a culpa, incompetência, piedade e, em especial, o medo da morte.

Quanto mais um familiar participa dessas reuniões, mais ele tem condições de conhecer e lidar com suas emoções, uma vez que suas dificuldades deixam de ser próprias e passam a ser compartilhadas com outros membros, sendo que o grupo, neste momento, passa a servir como uma experiência de aprendizagem.

Os que conseguem manejar bem seus processos de perda e luto por vezes retornam às reuniões dando seus depoimentos, o que muito estimula e conforta os outros componentes do grupo e da própria equipe do STO.

### Recursos necessários à implantação de um STO

#### *Recursos humanos*

Com uma equipe mínima, composta de um médico, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo, um motorista e um agente administrativo - todos contrata-

dos em regime de 40 horas semanais - é possível realizar-se uma média mensal de 160 visitas, 80 consultas ambulatoriais, quatro turnos de supervisão a clínicas de “apoio”, dois turnos de reuniões familiares e o plantão de orientações, conforme pode ser visto no Quadro 2.

**Quadro 2** - Composição de uma equipe mínima e a capacidade mensal por equipe em um STO

Equipe mínima	Capacidade mensal por equipe
1 médico	160 visitas domiciliares
1 enfermeiro	4 supervisões ao apoio
1 psicólogo	80 consultas ambulatoriais
1 assistente social	2 reuniões de família
1 ag. administrativo	plantão de orientações
1 motorista	

Esta capacidade produtiva mensal é suficiente para o controle de aproximadamente 50 pacientes sob regime de assistência domiciliar, 20 sob assistência ambulatorial, e um número incalculável de pacientes internados em clínicas de “apoio”, já que este número será o número de supervisões que se fazem viáveis em um turno semanal, dependendo das distâncias em que se encontram as clínicas e do número de pacientes internados em cada uma delas, que são sempre variáveis.

A capacidade produtiva desta equipe mínima pode ser ampliada, e isso no caso de os pacientes que necessitem visita domiciliar *quinzenal* representarem 20% dos domiciliados. Da mesma forma, a proximidade coincidente de suas moradias possibilita, eventualmente, um maior número de visitas por dia. Esta capacidade pode ser também ampliada quando se oferecem condições para que a equipe de visita domiciliar não necessite retornar ao hospital para almoçar, viabilizando-se as refeições no decorrer do trajeto das visitas, através de mecanismos que as favoreçam (auxílio específico para refeições, por exemplo).

Não esquecer que o trabalho desenvolvido pela equipe de um STO é fisicamente muito desgastante, pelo motivo de os deslocamentos se fazerem necessários a cada atendimento domiciliar. É também desgastante emocionalmente, pelo enfrentamento diário da precariedade das condições sociais e econômicas dos pacientes e sua família, observando-se um desgaste menor quando os profissionais trabalham em regime de 20 horas semanais. Neste caso, a quantidade dos recursos humanos deve ser adequada à demanda que se pretende atender, da mesma maneira que se deve adequá-la às particularidades regionais. Em estados como São Paulo e Brasília, por exemplo, pela distância a se percorrer entre os bairros, a equipe mínima aqui proposta deve ser insuficiente para alcançar a produtividade estipulada.

A seleção dos recursos humanos para compor a equipe de um STO deve ser dirigida especificamente para as atividades que serão desenvolvidas. Além das exigências técnicas, deve-se proceder à avaliação das predisposições de cada profissional para exercer tais atividades. Sugere-se atentar para as motivações pessoais que possam estar levando o profissional a trabalhar com pacientes com câncer e considerados fora de possibilidades terapêuticas. Pessoas que são levadas a trabalhar com estes pacientes por terem perdido parentes próximos e queridos devido a câncer, podem ter, entre outros motivos, a sua atuação profissional prejudicada por causa da identificação que apresentam com este grupo de pacientes.

Os profissionais devem valorizar, igualmente, a assistência curativa e a de suporte, e sempre devem acreditar nas possibilidades de resgate dos pacientes, ao surgimento de novas alternativas terapêuticas.

#### *Recursos físicos*

As instalações abaixo mencionadas são suficientes para o funcionamento de um STO:

a) uma sala mobiliada e com telefone, de uso exclusivo do serviço, para uma equipe de, no mínimo, cinco profissionais;

b) duas salas de consultório, para uso em dois turnos semanais: uma disposta de equipamentos e recursos materiais necessários para proceder-se a consultas médicas, e outra destinada a consultas prestadas pelo psicólogo, permitindo-se que ambos, médico e psicólogo, possam atuar simultaneamente;

c) uma sala de consultório disponível ao atendimento psicológico, para uso de mais dois turnos semanais, destinada a consultas individuais; e

d) uma sala (auditório) com capacidade mínima para 15 pessoas, para uso em um turno quinzenal, destinada a reuniões dos grupos de familiares.

#### *Recursos materiais e administrativos*

São aqui enumerados em função de uma *equipe mínima* e se constituem de:

- um carro de uso exclusivo, caracterizado externamente como de uso hospitalar, programando-se a disponibilidade de um carro alternativo para cobrir eventuais imprevistos e os períodos de manutenção daquele de uso exclusivo;

- inclusão do STO no esquema de distribuição de materiais de consumo do hospital, de modo que a quota necessária para cobrir as necessidades dos pacientes esteja garantida;

- permissão para a retirada e transporte dos prontuários médicos por ocasião das visitas domiciliares;

- disponibilidade de materiais permanentes para empréstimo, sob a responsabilidade do STO, aos pacientes atendidos; e

- outros recursos, tais como: mapa cartográfico da cidade, guia de distância entre bairros e guia de trajetos e ruas.

Estima-se empiricamente que, para uma demanda de 70 pacientes sob atendimento, se necessite de:

6 balas de oxigênio (das grandes)

6 cadeiras de rodas

4 cadeiras higiênicas

20 colchões d'água ou colchões antiescaras

15 "comadres"

15 "patinhos"

20 coxins d'água (almofadas)

5 nebulizadores

3 aspiradores

2 suportes de soro

Fazem-se necessárias também duas maletas de multiuso (maletas de fibra geralmente utilizadas para guardar ferramentas e material de pescaria, como já especificado anteriormente) equipadas com esfigmomanômetros e estetoscópios, materiais para curativos, seringas, agulhas, esparadrapo, medicações em uso pelos pacientes a serem visitados etc.

#### **Formulários e impressos próprios de um STO**

Para orientação dos pacientes que serão atendidos, como já foi dito, o STO se utiliza do "Manual de Orientações para Pacientes e Familiares". Este manual tenta orientar amplamente sobre como, quando e onde o paciente pode ser atendido pelo serviço, e de quais recursos ele pode dispor, além de dar orientações básicas e sobre o uso de materiais permanentes (balas de oxigênio, por exemplo). Estas orientações, estando disponíveis por escrito e em poder dos usuários, reforçam as orientações feitas e checadas repetidamente, por ocasião dos atendimentos (Anexo 1).

Para utilização do serviço, o STO dispõe de um formulário próprio, no qual registra os endereços e meios de contato com os pacientes e seus responsáveis. Este impresso é anexado à contracapa dos prontuários para torná-lo fácil e rapidamente acessível. Um canhoto deste formulário - que contém, além da identificação do paciente e seus contatos, a descrição de como chegar ao seu endereço e um mapa explicativo do itinerário - fica arquivado no serviço para fins administrativos (Anexo 2).

Visando à proteção de ambas as partes envolvidas no atendimento, o STO também dispõe de um documento do tipo "termo de compromisso", que funciona como um contrato, no qual são especificadas as normas de atendimento, para o conhecimento e autorização dos responsáveis e eventuais respaldos administrativos para o STO (Anexo 3).

Para a orientação dos serviços de saúde e das clínicas de "apoio", o STO criou um "sumário de caso", que inclui a identificação do paciente e do hospital que o tratou, os diagnósticos topográfico, histopatológico e da extensão da doença, resumo sucinto dos tratamentos (com as datas e dosagens em que foram aplicados) e os cuidados a serem mantidos. Este impresso também é válido para acompanhar laudos de encaminhamento de pacientes que residam fora da área de alcance do STO e outros Estados. No verso deste formulário encontram-se as orientações indispensáveis para a liberação dos atestados de óbito de pacientes que se encontravam em sua residência (Anexo 4).

Os registros de evolução e atendimento de rotina do STO são lançados no formulário convencional do hospital, anexado ao prontuário do doente. Apenas os formulários de evolução da supervisão de clínicas de "apoio" é diferenciado (Anexo 5).

O serviço social deve manter, para preenchimento médico, declarações-modelo, que serão utilizadas nos processos de obtenção dos auxílios sociais quando estes não forem padronizados pelo hospital.

Para controle das consultas ambulatoriais, o STO utiliza um mapa confeccionado de modo a orientar, visualmente, todas as consultas do mês, com espaço para observações gerais e datas dos últimos atendimentos efetuados (Anexo 6).

Para controle das visitas domiciliares, o STO utiliza também um mapa de orientação visual, que cobre um período de 15 dias. Neste mapa consta a data do último atendimento prestado a cada paciente, de modo a nortear a definição dos próximos controles. Entre os registros de cada uma das duas semanas existe um espaço próprio para que cada visitador lance as necessidades previstas para o atendimento seguinte. Este mapa pode ser preenchido com escala de datas e profissionais que deverão realizar o atendimento. Deve ser compreendido e consultado por toda a equipe, na programação das atividades do STO (Anexo 7), evitando-se que o coordenador do serviço faça diariamente o escalonamento da equipe.

Os pacientes, neste mapa, devem ser relacionados nominalmente e agrupados de acordo com os bairros onde residem, a fim de que seja facilitado o destacamento das equipes visitadoras para bairros próximos. Para isto, deve-se manter no STO um mapa cartográfico da região a ser atendida e um guia informativo sobre as distâncias entre os bairros. E, no veículo de transporte da equipe, um guia de ruas e trajetos (Anexo 7).

**Agradecimentos:** A Marta Lúcia de Castro Guimarães, pelo desenho das figuras, a Maria Inez Pordeus Gadelha, pela revisão, e a Pilar Schlaepfer Prado, pela digitação do texto.

## Anexo 1

## Suporte Terapêutico Oncológico - STO

## Orientações para o paciente e familiares

**Prezado paciente,**

Este folheto foi criado para explicar-lhe:

O que é o Suporte Terapêutico Oncológico - STO

Como você pode ser atendido pelo setor de STO

O que o STO pode oferecer-lhe:

1. Orientações por telefone
2. Atendimento domiciliar
3. Atendimento ambulatorial
4. Assistência a grupos de familiares
5. Assistência em clínica de "apoio"

Como proceder em caso de emergência

## Orientações úteis

- uso do colchão d'água
- uso da bala de oxigênio
- mudança de posição
- alimentação

## O que é suporte terapêutico oncológico?

É um setor de seu Hospital, que tem por objetivo prestar assistência a pacientes que necessitam de cuidados especiais e que não estão recebendo tratamentos especializados, como a radioterapia e a quimioterapia. Ele foi criado por uma equipe de profissionais pertencentes a uma instituição filantrópica, o GESTO (Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico). Atualmente ele é um setor do Hospital de Oncologia e do Hospital do Câncer (da Cruz Vermelha), ambos hospitais do Instituto Nacional de Câncer.

## Como você pode ser atendido pelo STO?

Para ser atendido pelo STO, o paciente e seu familiar ou acompanhante devem ser encaminhados à SECRETARIA DO STO pelos médicos que o trataram e que solicitam esta forma complementar de assistência. Na Secretaria, eles deverão prestar as informações que o STO vai necessitar e receberão as primeiras orientações.

A secretaria do STO funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

Local .....

## O que o STO pode oferecer-lhe?

O STO oferece assistência onde você estiver e precisar dele: em sua residência, na clínica de apoio para onde for encaminhado e nos ambulatórios dos hospitais que têm o setor de STO.

O STO presta os seguintes atendimentos:

1. *Orientações por telefone* - O STO mantém um plantão telefônico onde o paciente e seus familiares podem solicitar informações e orientações.

O plantão telefônico funciona das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Telefone ..... ramal .....

*Telefone para o STO antes de vir ao Hospital, pois assim você poderá receber informações que podem lhe poupar a viagem.*

2. *Atendimento domiciliar* - É o atendimento na residência do paciente que não se encontra em condições de vir ao hospital. Este atendimento é feito por enfermeiros, por médicos e por assistentes sociais, de sete em sete ou de 15 em 15 dias, de acordo com a necessidade do paciente. A equipe do STO revê as medidas receitadas e os resultados alcançados, assim como o estado clínico do paciente e, quando necessário, modifica os medicamentos e os cuidados que lhe devem ser oferecidos. Sempre que possível, são feitos empréstimos de cadeiras de rodas, colchões d'água, "patinhos", "comadres" e aparelhos de oxigênio, fornecendo-se também medicamentos e material de curativos. Os familiares dos pacientes são orientados pelos profissionais da equipe sobre a utilização destes recursos e sobre os cuidados diários que devem ser mantidos.

*Comunique ao STO sempre que mudar de endereço ou que não vai ser encontrado em casa, para que a equipe que deveria visitá-lo não perca a viagem e possa atender outro paciente que dela também necessita.*

3. *Atendimento ambulatorial* - É a assistência que a equipe do STO oferece aos pacientes que podem comparecer ao ambulatório do hospital. O paciente é consultado por médicos e por enfermeiros, que o orientam e também a seus familiares, sobre os cuidados que necessita e sobre a utilização de medicamentos e outras formas de tratamento. Quando necessário, é também oferecida a assistência prestada por psicólogos. As assistentes sociais orientam sobre aspectos legais e sociais que podem ajudá-lo, como: auxílio-doença, aposentadoria, procurações, pensões, dependentes, atestados e como obter o empréstimo de materiais para o uso em casa.

Sempre que possível, antes de comparecer ao ambulatório, marque uma consulta diretamente ou por telefone, mas, não podendo fazê-lo, procure o ambulatório mesmo sem ter consulta marcada.

Sempre que não comparecer à consulta, peça a um familiar ou conhecido para dar notícias suas ao STO, ou buscar orientação.

*Procure não faltar às consultas! Telefone para remarcar quando não puder comparecer.*

O ambulatório funciona:

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

**4. Assistência a grupos de familiares** - São promovidas reuniões entre psicólogos e os familiares dos pacientes, para que estes possam falar sobre suas dificuldades, trocar experiências e receber as orientações que necessitarem. Médicos, enfermeiros e assistentes sociais também podem participar dessas reuniões, quando se faz necessária a sua presença.

*Compareça às reuniões dos Grupos de Familiares! Você pode ser ajudado e também ajudar a outras pessoas.*

As reuniões dos Grupos de Familiares se realizam:

às - ..... feiras, das ..... às ..... horas local.....

**5. Assistência em clínica de apoio** - É o acompanhamento que a equipe do STO oferece aos seus pacientes, quando internados em clínica de apoio. Uma vez por semana, os médicos e as assistentes sociais vão até eles e observam como estão sendo assistidos nessa instituição, a fim de mantê-los em contato com a equipe do STO e garantir a continuidade do seu tratamento.

*Ao ter alta da clínica de apoio não deixe de procurar o STO. Se não puder ou não quiser comparecer, mande alguém ao ambulatório ou à secretaria do STO, ou comunique-se por telefone.*

**COMO PROCEDER EM CASO DE EMERGÊNCIA** - Quando você necessitar de atendimento fora dos horários de ambulatório do STO, procure o setor de emergência do hospital ou o serviço de saúde que o atendia antes de ser encaminhado para o STO.

Não é possível ao STO fazer visitas de emergência.

**Orientações úteis:**

**Orientações para o uso do colchão d'água** - O colchão d'água é útil para o paciente que fica o tempo todo deitado, porque diminui o risco de fazer feridas (escaras).

Esta é a maneira correta de utilizar o colchão d'água:

Estique-o sobre a cama, por cima do colchão comum (ou sobre o estrado protegido por um papelão ou cobertor para não furar o colchão). Preste atenção para que a tampa do colchão fique para cima (Fig. A).

Abra a tampa e enfie no gargalo uma das pontas de uma mangueira que esteja ligada a uma torneira (Fig. B). Abra a torneira e encha o colchão até meio palmo de altura (mais ou menos 12 cm). Não encha demais para que o colchão não fique desconfortável.

Feche bem a tampa e empurre o gargalo para baixo (para dentro do colchão). Se o tempo estiver frio, coloque um cobertor por cima do colchão, para não passar para o paciente a friagem da água (Fig. C).

Mantenha a roupa de cama bem esticada para que as dobras não incomodem o paciente.

Invente maneiras ou use grades para evitar que o paciente role e caia da cama.

Não tente mover o colchão cheio. Não deixe que alguém com unhas compridas arrume a cama. Tenha cuidado para não furar o colchão com objetos de ponta ou objetos cortantes.

Limpe o colchão com sabão neutro ou álcool. Para esvaziá-lo, use a mangueira com uma ponta colocada no gargalo e a outra num ralo ou balde.

Não é preciso secar o colchão por dentro, nem usar talco.

Proteja o colchão para que ele não fure. Devolva-o ao STO tão logo o necessite mais, para que outro paciente também possa beneficiar-se dele. Quando devolvê-lo, não esqueça de incluir também a tampa.

Figuras A, B, e C - Etapas de utilização do colchão d'água.

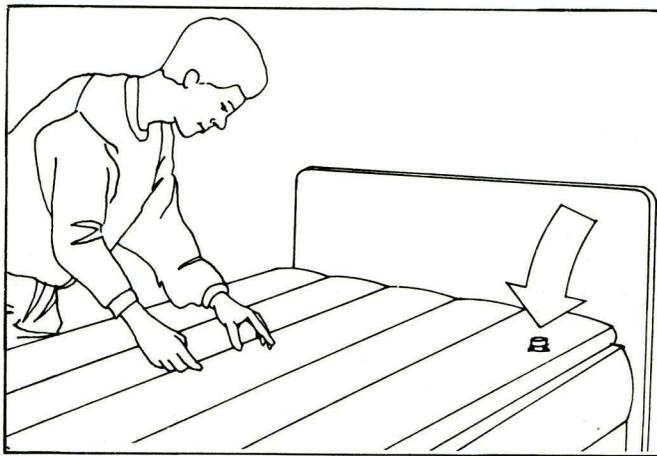


Figura A

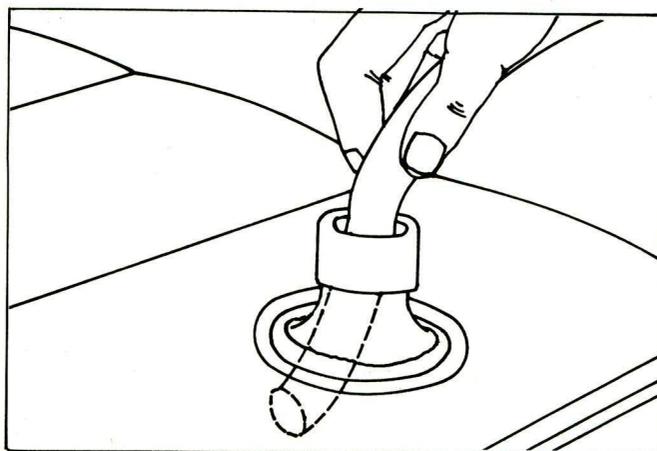


Figura B

**Orientações para o uso da bala de oxigênio** - O oxigênio só será fornecido pelo STO se for indicado pelo médico ou pela enfermeira que acompanha o paciente. A bala de oxigênio contém gás sob pressão e precisa ser manipulada com cuidados especiais. Obedeça às seguintes instruções:

Transporte a bala de oxigênio e mantenha-a sempre na posição vertical (de pé) e protegida de quedas.

**NÃO FUME** nem utilize aparelhos elétricos ou substâncias inflamáveis (éter, álcool, barbeadores, secadores) junto à bala.

A Figura D é um diagrama de como funciona e se usa a bala de oxigênio. Quando o paciente estiver com falta de ar e necessitar de oxigênio, gire o volante do cilindro para a esquerda (1) para abrir a saída de oxigênio. Vai ser ouvido um barulho de ar escapando, o que é normal. O oxigênio não tem cheiro.

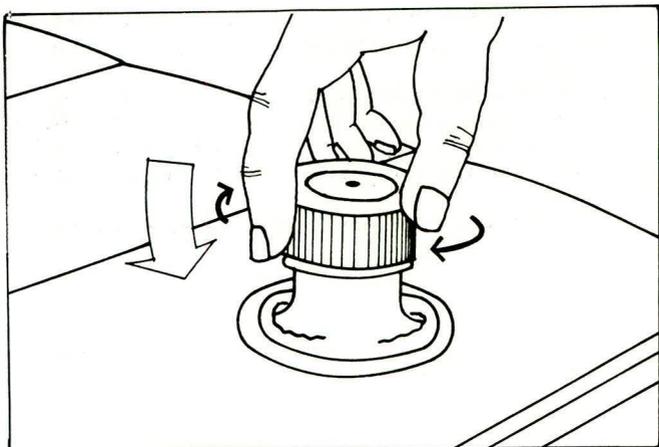


Figura C

O indicador de oxigênio no cilindro (2) vai mostrar a quantidade de oxigênio que existe na bala. Comunique ao STO quando o indicador chegar em torno de 50, para que a bala seja trocada bem antes de acabar o oxigênio.

O indicador de fluxo pode ser de dois tipos: em forma de relógio (3) ou de coluna (3A). Ele mostra a quantidade de oxigênio que o paciente deve receber. Regule-o mexendo no controlador do fluxo de oxigênio (4), até que o indicador marque a quantidade que foi orientada pelo médico ou pelo enfermeiro. *Não aumente a quantidade de oxigênio sem a ordem deles!*

O oxigênio resseca o nariz e a boca, por isso ele deve ser ligado à mamadeira (5), que deve ser mantida sempre com o nível de água indicado. Complete com água limpa quando o nível baixar.

Para que o oxigênio chegue ao paciente use o tubo plástico (6), como está indicado na figura. Verifique se o ar está saindo. Adapte o

tubo a um cateter nasal, que deverá ser usado conforme demonstra a figura.

· *Não mantenha o oxigênio ligado o dia todo. Use-o só enquanto sentir falta de ar.*

· *Mudança de posições* - O paciente que só fica deitado ou sentado deve ser mudado de posição várias vezes ao dia e, após o banho, receber massagens usando-se creme hidratante ou óleo mineral, na pele dos locais onde faz mais peso na cama ou na cadeira. Ficar deitado durante muito tempo na mesma posição pode fazer com que apareçam feridas (escaras) nas costas, quadris, ombros e pés, e também pode facilitar o aparecimento de pneumonia.

· *Alimentação* - Alimentos líquidos ou comida passada na peneira ou no liquidificador podem ser bem mais tolerados ou mais fáceis de engolir e têm o mesmo valor nutritivo. Deve-se preferir a comida preparada com verduras, ovos, carnes, feijão, arroz, macarrão etc. É recomendável comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades e tomar bastante líquido (chá, leite, água, refrescos e sucos de fruta). Após alimentar-se, deve-se enxaguar a boca com água contendo uma pitada de bicarbonato de sódio (que pode ser comprado em qualquer farmácia).

*Coma o que lhe despertar mais apetite! A não ser que tenha havido alguma recomendação de seu médico ou do enfermeiro nesse sentido, não faça dieta.*

#### STO - Hospital de Oncologia

Rua Equador, nº 831, Santo Cristo  
CEP 20220-410 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefone - (021) 223-1267 - ramal 120

#### STO - Hospital do Câncer

Praça da Cruz Vermelha, nº 23, Centro  
CEP 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefone - (021) 292-4110 - ramal 278

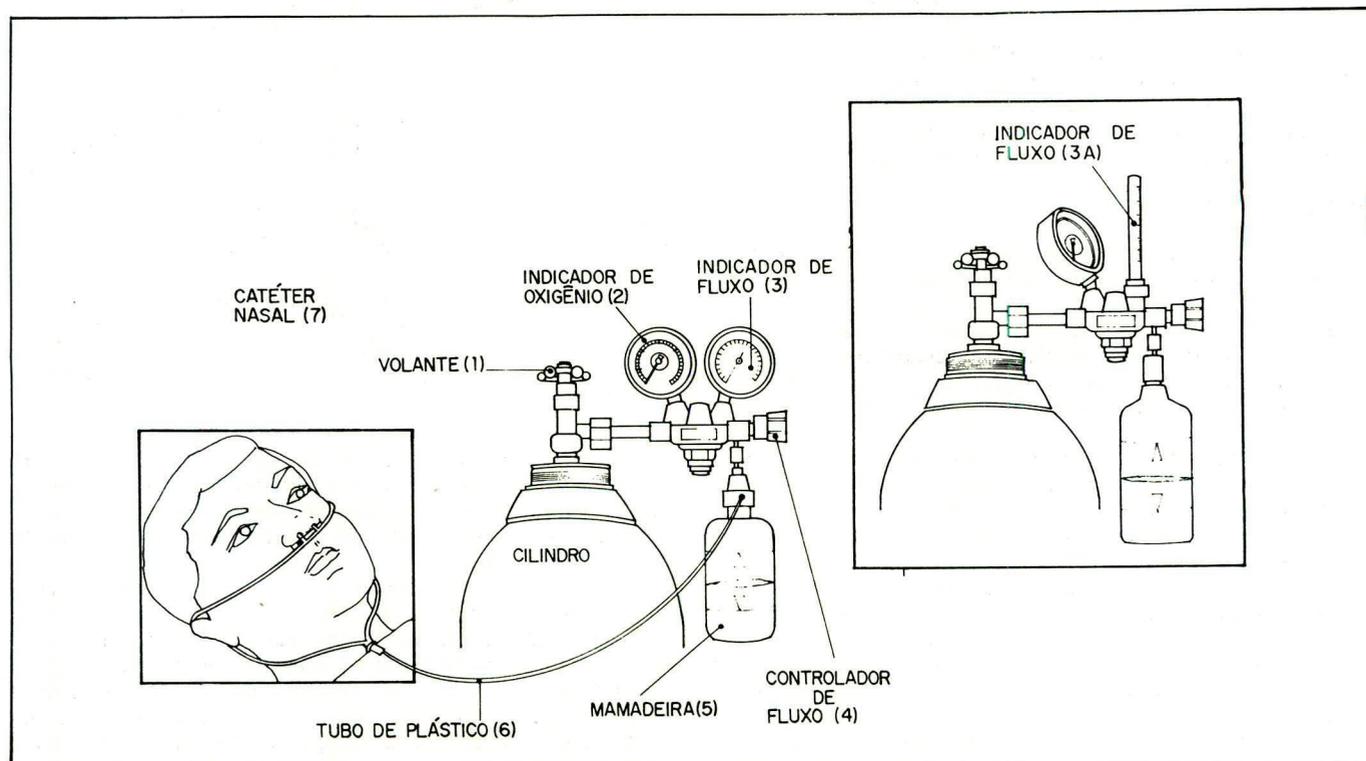


Figura D. Diagrama do funcionamento e uso da bala de oxigênio.

**Gesto** Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico

Utilidade Pública

NOME: \_\_\_\_\_ MH: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

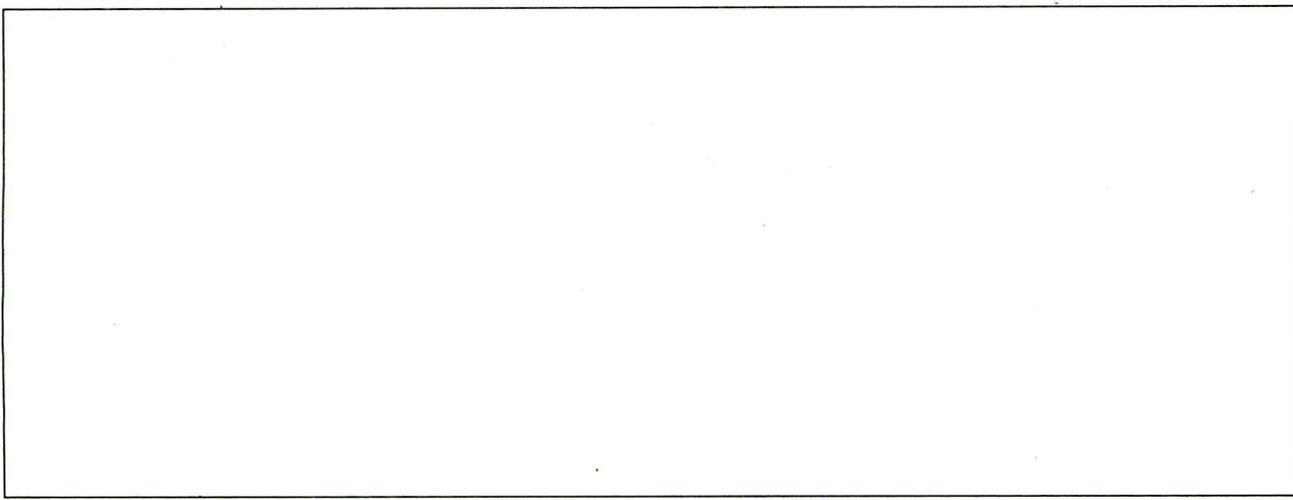
BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES: ASFALTO ( )      TERRA ( )      MORRO ( )      AVISAR VISITA ( )  
NÃO PASSA CARRO ( )      EVITAR DIA DE CHUVA ( )

ROTEIRO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MAPA:



MOTORISTA DA 1ª VISITA: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gesto - Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico****Termo de compromisso**

Considerando-se que o STO - Suporte Terapêutico Oncológico se propõe a atender aos pacientes fora de possibilidades de tratamento específico atual, com o objetivo de oferecer apoio profissional de melhoria de sua qualidade de vida, através de assistência ambulatorial, domiciliar ou através de supervisões ao hospital de apoio credenciado, informamos que:

**1 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

- As visitas serão realizadas pela equipe semanal ou quinzenalmente, a critério médico, condicionado ao estado atual do paciente.
- A previsão de visitas segue normas do serviço. Não é possível precisar dias e horários com antecedência. O familiar pode telefonar para o STO, às sextas-feiras, à tarde, para obter uma estimativa da escalação de visitas, sujeita, no entanto, a alterações circunstanciais.
- Não serão realizadas visitas de emergência. Nesse caso, o familiar deve telefonar ao STO para ser orientado sobre alternativas. Persistindo o problema, deverão procurar a emergência do seu hospital.
- A família será orientada e treinada para os cuidados com o paciente. Serão fornecidos medicamentos e material hospitalar necessários aos cuidados, quando disponíveis e indicados pela equipe. Nesses casos, os familiares se responsabilizarão pelo transporte e devolução.

**2 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**

- As consultas serão marcadas pela UPE no cartão do paciente. Caso seja necessário, porém, o paciente ou familiar poderá comparecer ao STO, nos dias de atendimento, mesmo sem marcação prévia.
- Na impossibilidade de comparecimento do paciente à consulta marcada, o responsável deve comparecer ou telefonar ao STO para remarcação e esclarecimentos.

**3 - NO CASO DE INDICADA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

- Nesses casos, o paciente poderá ser encaminhado a hospitais de apoio, com a supervisão do STO. Neste hospital, não será possível a internação do paciente, exceto por curtos períodos para atendimentos de emergência e alívio.

**4 - NO CASO DE PACIENTE EXTRA**

- Todos os pacientes não matriculados neste hospital, eventualmente atendidos pelo STO, devem estar cientes de:  
*Caso necessite de atendimento de emergência* - após possível orientação por telefone, deverão se encaminhar ao serviço de emergência do seu hospital de origem, hospitais gerais ou postos de assistência médica. Este hospital não atende na emergência a pacientes não matriculados.  
*Caso necessite de exames radiológicos ou laboratoriais* - Este hospital não realiza exames em pacientes não matriculados. Os pedidos deverão ser executados no seu hospital de origem ou em postos de assistência médica.  
*Caso necessite de atestado de óbito* - Os pacientes não matriculados neste hospital, quando atendidos pelo STO, poderão obter, através da constatação da ocorrência, registrada no verso do nosso sumário de atendimento, o atestado de óbito, no STO.

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- Será fornecido um sumário a cada caso, que servirá como orientação a outros serviços de atendimento que, porventura, o paciente possa recorrer. Esse resumo ajudará, em caso de óbito, a se obter a constatação INDISPENSÁVEL para o atestado.
- Deverá ser comunicado ao STO qualquer alteração relativa ao paciente, tais como: agravamento do estado, mudança de endereço, internações ou óbito.

O abaixo-assinado \_\_\_\_\_ responsável pelo paciente \_\_\_\_\_ matrícula nº \_\_\_\_\_, ciente das disposições acima contidas, concorda, pelo presente termo, com a manutenção do(a) paciente sob os cuidados do STO.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Anexo 4

<b>SUMÁRIO DO CASO CLÍNICO</b>			<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER</b>		
NOME _____					
MATRÍCULA NO INCa		CLÍNICA			
IDADE	SEXO	DATA DA EMISSÃO			
CARIMBO		ASSINATURA DO MÉDICO			

<b>DIAGNÓSTICO</b>	diagnóstico (histopatológico) _____
	(topográfico) _____
	extensão da doença _____
	_____
	outras patologias _____

<b>TRATAMENTO ESPECIALIZADO</b>	neoplasia: não tratada <input type="checkbox"/> tratada no INCa <input type="checkbox"/> tratada em outras Instituições (especificar) <input type="checkbox"/>
	cirurgia(s) (tipos, datas) _____
	_____
	radioterapia (locais irradiados, datas) _____
	_____
	quimioterapia (esquemas e/ou drogas) _____
	_____
_____ último ciclo (data) ____ / ____ / ____	
hormonioterapia (hormônios) _____	
_____ Interrupção do último hormônio (data) ____ / ____ / ____	

<b>TRANSF.</b>	solicitação de transferência pela clínica / setor _____ data ____ / ____ / ____
	para _____ motivo _____

<b>MED. EM USO</b>	medicação / cuidados a serem mantidos _____
	_____
	_____

**ATENÇÃO**

• Este paciente pode ser atendido em caráter de emergência por qualquer unidade da rede de saúde.

## ATUALIZAÇÕES E OBSERVAÇÕES SOBRE O CASO:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Em caso de falecimento, solicitar a Constatação do Óbito pela delegacia de polícia ou pronto-socorro mais próximo da residência, anotando abaixo.

## CONSTATAÇÃO DO ÓBITO

## À DELEGACIA DE POLÍCIA OU SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO

SOLICITAMOS PRESTAR AS INFORMAÇÕES ABAIXO, PARA QUE O MÉDICO POSSA FORNECER O ATESTADO DE ÓBITO

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO	nome do paciente _____
	local do óbito _____ data ____/____/____ hora _____
	a morte foi: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> violenta
	observações _____
	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO	informações a respeito da pessoa que constatou o óbito:
	nome _____
	órgão em que trabalha _____
	cargo ou função _____
	telefone para contato _____
	assinatura _____ carimbo _____





