

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E56	<p>A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-068-1 DOI 10.22533/at.ed.681200106</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 20 capítulos, o volume I aborda a atuação da Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Enfermagem em Urgência Emergência; Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem; Enfermagem em cuidados paliativos.

O volume I é dedicado principalmente ao público que necessita de assistência no âmbito hospitalar, bem como aos profissionais da área, abordando aspectos relacionados à qualidade da assistência e saúde ocupacional. Sendo assim, colabora com as mais diversas transformações no contexto da saúde, promovendo o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

As publicações tratam sobre ações gerenciais e assistenciais em enfermagem, bem como dificuldades assistências enfrentadas pela enfermagem, além de pesquisas que envolvem análise de fatores de risco para infecção, interação medicamentosa, dentre outras.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada e humanizada no que diz respeito, principalmente, ao paciente crítico, bem como um olhar reflexivo no que se refere à saúde ocupacional dos profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, além de fornecer ferramentas e estratégias de gestão e gerenciamento em saúde, disseminando o trabalho pautado no embasamento científico.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

AÇÕES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Luísa Virgília Batista Soares de Brito
Stefany Rodrigues Cardoso
Wilma Lemos Privado
Nanielle Silva Barbosa
Ericka Maria Cardoso Soares
Lais Cristina Noletto
Jéssica de Moura Caminha
Francisca Jáyra Duarte Morais
Joelma Lacerda de Sousa
Suelen Gonçalves Barroso
Vivianne Santana Galvão Pinheiro
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.6812001061

CAPÍTULO 2 11

ANÁLISE DA ACURÁCIA DO PENSAMENTO CRÍTICO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Ana Maria Pinheiro
Karina Lemos Guedes
Aline Patrícia Rodrigues Silva
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos
Jose Rodrigo da Silva
Eder Júlio Rocha de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.6812001062

CAPÍTULO 3 17

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PANCREATITE AGUDA NA UTI

Alice Medim
Joice Gossel
Júlia Castro Moreno
Larissa Cavalcante
Luísa Marillac Rocha Martins
Thiago Vieira de Souza
Ellen Priscila Nunes Gadelha
Nathalia Mendes Avelino
Serlandia da Silva de Sousa
Ana Claudia Garcia Marques
Paulo Henrique Alves Figueira
Naine dos Santos Linhares
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.6812001063

CAPÍTULO 4 24

ATIVIDADES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Linda Concita Nunes Araujo
Lidiane da Silva Campos

Italo Jairan Vieira da Silva
Caetano José Alves Júnior
Margarete Batista da Silva
Rosa Caroline Mata Verçosa
Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso
Camila Correia Firmino
Arly Karolyne Albert Alves Santos
Juliana de Moraes Calheiros
Larissa Bruno Ferreira de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6812001064

CAPÍTULO 5 41

CONDIÇÕES ASSOCIADAS A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO ASSISTENCIAL

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior
Ariane Galvão de Oliveira
Alciclei da Silva Souza
Ione Silva de Andrade
Miquele Soares Barbosa
Tatiane Silva de Araujo
Suzana Maria da Silva Ferreira
Lucas Luzeiro Nonato
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol
Antônio Victor Souza Cordeiro
Nelisnelson da Silva Oliveira
Eloysa Maria Oliveira Rêgo
Murilo Henrique Nascimento Araújo
Tatiane Alves de Jesus
Sheyla Alves Moreira
Letícia Batista Mendonça

DOI 10.22533/at.ed.6812001065

CAPÍTULO 6 53

CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E SEUS IMPACTOS NOS CUSTOS HOSPITALARES

Edivaldo Bezerra Mendes Filho
Liniker Scolfild Rodrigues da Silva
Rosimery Rodrigues de Almeida Mendes
Flavio Murilo Pinto Sivini

DOI 10.22533/at.ed.6812001066

CAPÍTULO 7 61

DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Catiane Raquel Sousa Fernandes
Dianny Alves dos Santos e Santos
Michelle Kerin Lopes
Erick Soares Rocha de Oliveira
Eurides Priscilla Lima Fraga
Ricardo Clayton Silva Jansen
Josué Alves da Silva
Joana Célia Ferreira Moura
Lívia Augusta César da Silva Pereira

Rebeca Silva de Castro
Maria Valquíria de Aguiar Campos Sena
DOI 10.22533/at.ed.6812001067

CAPÍTULO 8 75

EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Lívia Moreira Barros
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Maria Aline Moreira Ximenes
Cristina da Silva Fernandes
Natasha Marques Frota
Nelson Miguel Galindo Neto
Joselany Áfio Caetano

DOI 10.22533/at.ed.6812001068

CAPÍTULO 9 88

FATORES DE RISCO PREDISPOANTES DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA CARDÍACA

Monyque da Silva Barreto
Maria Iracema Alves Ribeiro
Karoline Galvão Pereira Paiva
Paula de Vasconcelos Pinheiro
Danielle Maria Rebouças Guimarães
Daniele Gonçalves Freitas
Iliana Maria de Almeida Araújo
Ana Lúcia dos Santos Lima
Izabelle Cristine Rodrigues Rocha
Francisco Ismael da Silva Frota
Renata Camurça Saboia

DOI 10.22533/at.ed.6812001069

CAPÍTULO 10 103

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA EM CIRURGIAS CARDÍACAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Linda Concita Nunes Araujo
Erika Priscila Porto de Lima
Vanessa da Silva Santos
Margarete Batista da Silva
Rosa Caroline Mata Verçosa
Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso
Arly Karolyne Albert Alves Santos
Arlyane Albert Alves Santos
Juliana de Moraes Calheiros
Camila Correia Firmino
Lidiane da Silva Campos

DOI 10.22533/at.ed.68120010610

CAPÍTULO 11 117

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Antonio Jose Lima de Araujo Junior
Priscila Nunes Costa Travassos

Jessica Karen de Oliveira Maia
Antonia Mayara Torres Costa
Italo Marques Magalhães Rodrigues Vidal
Francisca Josilany dos Santos Rodrigues
Miguel Eusébio Pereira Coutinho Junior
Nathaly Bianka Moraes Froes
Luis Pereira da Silva Neto
Ellys Rhaiera Nunes Rebouças
Livia Karoline Torres Brito
Tomaz Edson Henrique Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.68120010611

CAPÍTULO 12 126

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

Kelly Cristina Meller Sangoi
Silézia Santos Nogueira Barbosa
Dara Brunner Borchart
Jane Conceição Perim Lucca

DOI 10.22533/at.ed.68120010612

CAPÍTULO 13 156

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE URGÊNCIAS

Karina Andrade de Paula
Caroline Lourenço de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.68120010613

CAPÍTULO 14 164

LESÕES POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Thais Leôncio Araújo Fontes
Bianca Campos De Oliveira
Beatriz Guitton Renaud Baptista De Oliveira
Carla Teles de Carvalho Herdy Baptista
Virginia Ribeiro Lima e Andrade

DOI 10.22533/at.ed.68120010614

CAPÍTULO 15 172

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE CURATIVOS ESPECIAIS EM LESÃO POR PRESSÃO

Marli Aparecida Rocha de Souza
Nellydiê Taynara de Souza
Mayara Barros da Silveira
Altair Damas Rossato

DOI 10.22533/at.ed.68120010615

CAPÍTULO 16 192

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco José do Nascimento Júnior
Antonia Edilene Correia de Sousa

Antonielle Carneiro Gomes
Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro
Andrea Luiza Ferreira Matias
Cristianne Kércia da Silva Barro
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante
Ismênia Maria Marques Moreira
Raffaele Rocha de Sousa
Sâmia Karina Pereira Damasceno
Maria Jacinilda Rodrigues Pereira
Verilanda Sousa Lima

DOI 10.22533/at.ed.68120010616

CAPÍTULO 17 199

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA INTERNADOS EM UM CTI

Ana Maria Pinheiro
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos
Eder Júlio Rocha de Almeida
Jose Rodrigo da Silva
Daclé Vilma Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.68120010617

CAPÍTULO 18 213

PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA: CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA PREVENÇÃO

Jéssica Brenda Rafael Campos
Viviane de Oliveira Cunha
Anádia de Moura Oliveira
Vaneska Carla Soares Pereira
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Cícero Rafael Lopes da Silva
Maria Leni Alves Silva
Cristianne Samara Barbosa de Araújo -

DOI 10.22533/at.ed.68120010618

CAPÍTULO 19 222

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI

Cintia Regina Silva Pimentel
Karla Mota de Matos
Nisiane dos Santos
Willams Araujo da Costa
Adriana Valéria Neves Mendonça
Rafael Mondego Fontenele

DOI 10.22533/at.ed.68120010619

CAPÍTULO 20 231

QUALIDADE DE VIDA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa
Magnólia de Jesus Sousa Magalhães
Monyka Brito Lima dos Santos
Lea Sinimbu Macedo

Silvania Maria Cunha do Nascimento
Maria José Alves Vieira
Rosa Alves de Macêdo
Amanda Karoliny Meneses Resende
Rosalina Ribeiro Pinto
Maria de Jesus Alves de Melo
Telma Beatriz do Nascimento Sousa
Isabela Karyne Paz Pereira

DOI 10.22533/at.ed.68120010620

SOBRE A ORGANIZADORA.....	244
ÍNDICE REMISSIVO	245

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

Data de aceite: 20/05/2020

Kelly Cristina Meller Sangoi

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Silézia Santos Nogueira Barbosa

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Dara Brunner Borchardt

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Jane Conceição Perim Lucca

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

RESUMO: **Objetivo:** delinear uma metodologia para implementar o Núcleo de Cuidados Paliativos em um serviço privado de oncohematologia. **Método:** trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, abordagem quantitativa, com análise descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado com perguntas fechadas, no período de agosto a novembro de 2019. Os participantes da pesquisa foram nove profissionais da equipe multidisciplinar que atuam em um Serviço privado de Oncohematologia no interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** após análise dos resultados

foram construídos gráficos, quadros e tabela.

Considerações Finais: houve modificação na cultura institucional e, atualmente, é possível verificar maior engajamento no processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipe, paciente e família. Sendo assim, paciente e família estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em acompanhar os processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas. Foi sugerido à instituição construir indicador de qualidade assistencial para avaliar se o Núcleo de Cuidado Paliativo cumpre o objetivo de preparar a família para o cuidado ambulatorial e domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Enfermagem oncológica; Educação em saúde.

1 | INTRODUÇÃO

Cuidado paliativo (CP) é um enfoque que propõe melhorar a condição de vida de pacientes e familiares na situação de uma doença grave e que ameaça a vida através do cuidado, do conforto na angústia, da descoberta precoce e da terapêutica correta da dor e de diversos sintomas e problemas

físicos, psíquicos, espirituais e sociais (CARVALHO et al., 2018).

Deste modo, toda pessoa que tenha uma doença que ameace a existência, que consiste em aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição, constituirá elegível para CPs (BRASIL, 2018).

Enumeram-se algumas condutas, entre elas, observa-se: oferecer alívio da dor e diversos indícios aflitivos, não antecipar ou delongar a morte, proporcionar um princípio de base para auxiliar os pacientes a viverem tão ativamente como plausível até a morte, amparar o familiar com a enfermidade do ente querido, compreender as buscas imprescindíveis para melhor envolver e abordar complicações clínicas, agregar os aspectos psicológicos e espirituais no subsídio ao paciente e melhorar a condição de vida que influenciará positivamente o andamento da doença (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

O *St. Christopher's Hospice* é considerado até hoje a principal referência em CP em todo mundo, onde acolhe e assiste integralmente pacientes e familiares, além de desenvolver ensino e pesquisa voltados aos profissionais de vários países (MACIEL, 2012; FLORIANI, 2009, *ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE* 2019).

No Brasil, o surgimento do modelo de CP, chegou ao início da década de 1980, com relatos isolados de auxílio médico a pacientes em finitude da vida. Nesse período o país estava vivendo uma ocasião política de final do regime militar em que o princípio de saúde basicamente utilizava medicina curativa e priorizava o arquétipo hospitalocêntrico. Não se tinha muita preocupação com o “cuidar” do paciente com doença avançada naquela época. O exemplo disso é o ensino de medicina e de enfermagem que era voltado essencialmente para os aspectos biológicos. (CARVALHO; PARSONS, 2012; PEIXOTO, 2004).

O primeiro serviço de CP no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, em seguida em São Paulo no ano de 1986, e em Santa Catarina e Paraná. Depois destes serviços surgiram outros, mas nenhum com vínculo entre si ou com algum tipo de auxílio comum de protocolos para ações de CP. (CARVALHO; PARSONS, 2012; PEIXOTO, 2004). Conforme ASENSI, 2011, p. 73 os cuidados paliativos no sistema de saúde:

são direitos legais de todos os seres humanos, independentemente de etnia, credo, gênero, ou condição social. A Constituição Federal de 1988 materializa esses direitos na Seção II do Título VIII – Da Ordem Social –, que se dedica, especialmente, ao tema da saúde, constituindo um “direito materialmente concebido. (ASENSI, 2011, p. 73).

O Brasil deu um admirável passo na organização desta modalidade com o boletim da Ordem nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as normas para a coordenação dos CPs, à luz dos cuidados contínuos conexos, na esfera Sistema Único de Saúde (SUS). Esta resolução, ajustada durante a 8ª Reunião

do Comitê Intergestores Tripartite (CIT) por emissários das três esferas (federal, estadual e municipal), constitui, de modo oficial, um alvo para o SUS: apresentar cuidados paliativos de categoria e fundamentados em ênfases, adotando a aceção da *World Health Organization* (WHO) para completa Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018).

O câncer é um(a) dos(as) piores esfinges da saúde pública e o motivo mais grave de morte nas regiões desenvolvidas e em desenvolvimento, simulando cerca de 12% de todos os motivos de morte no mundo, responsável por mais de seis milhões de óbitos todo ano. Não obstante, o câncer teve uma taxa geral de mortalidade acrescida durante a maior parte do século 20, em boa parte estimulada pelo acelerado acréscimo nas mortes por câncer de pulmão entre os indivíduos, como resultado da epidemia de tabaco, porém enfraqueceu cerca de 1,5% anualmente desde a década de 1990 (SIEGELRL et al., 2017).

Avalia-se que, no País, todo ano, cerca de 650 mil pessoas necessitarão apelar para a modalidade de CP de atenção, por isso seu exercício tem tendência a se desenvolver. Cerca de 80% desse número atribui-se aos pacientes com câncer (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2014). Esse fato vai exigir um retorno mais qualificado da política de saúde brasileira, precisando ter auxílio num aspecto de ajuda integral aos números de dificuldades dos doentes que na finitude da vida se deparam com a doença avançada.

Para a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), mesmo que anualmente mais de cem milhões de indivíduos se favoreçam desta modalidade (incluindo familiares e cuidadores), abaixo de 8% que necessitam desse tipo de proteção têm seu acesso seguro (WPCA, 2014).

Um estudo em Portugal obtido por Queiroz e Capelas (2016) identificou quais os profissionais e a quantidade deles que buscavam entendimento mais avançado em CP. O resultado desse estudo demonstrou que os campos que mais buscaram formação foram médicos e enfermeiros. E existiam 1135 profissionais formados até início do ano de 2015.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estudo de 234 países, territórios e regiões realizados em 2011, os ofícios de cuidados paliativos só constituíram devidamente conexos em 20 países e um adicional de 32% só apresentavam serviços de cuidados paliativos desconexo e 42% dos países não tinham tais serviços (OMS, 2015).

A pesquisa divulgada no Brasil por Silva, et al. (2013), alcançou uma análise das compreensões de uma equipe multiprofissional a respeito da implementação dos CP em Unidade de Terapia Intensiva Adulta, o qual manifestou que a deficiência de formação avançada entre esses profissionais influenciava inteiramente o seu aprendizado, uma vez que o despreparo da equipe com déficit de informação, a

oposição em acolher a inevitabilidade da morte e dilemas éticos-legais envolvendo a temática, influíram categoricamente no enfoque paliativo e no cuidado ao adoentado.

Foi mencionada a ausência de motivação no cuidado ao doente na finitude da vida, por isso que os profissionais relataram que foram formados essencialmente para abordar, ajudar a reabilitar e cuidar. (SILVA et al, 2016).

Mais um estudo no Brasil divulgado por Othero et al (2015) em que participaram 68 serviços brasileiros de CP, destes, a metade apresenta registro no Estado de São Paulo (50%). De acordo com a pesquisa, o modelo de atendimento que prevalece é o do tipo ambulatorial (53%), os pacientes são oncológicos e não oncológicos, isto é, são mistos (57%), prevalece acolhimento maior a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%).

Outro estudo de Silva et al. (2015) feito com enfermeiros de um hospital do Rio de Janeiro, destacou que os profissionais não apresentam base acadêmica para lidar com ocorrências pautadas na complexidade do ser humano e nem no processo da morte. Além disso, corroborou que os profissionais necessitam serem treinados e capacitados por meio de educação permanente.

O trabalho interdisciplinar, auxiliando esta modalidade, é um elemento efetivo e que necessita ser desempenhado por um grupo de profissionais composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães e pessoas voluntárias, hábeis e competentes em todos os aspectos do cuidar, pertinentes à sua área de desempenho (MALAGUTTI; ROHERS, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

O ser humano é feito de corpo, espírito e sentimentos, em que a morte abala os três ao mesmo tempo. Diante da terminalidade da vida o sofrimento não é uma escolha, mas um estado espiritual por decorrência, e uma certeza esperada. Embora se tente diminuir as dores, é difícil não se entregar às emoções (ALMEIDA, 2014).

O início precoce dos CPs melhora a qualidade de vida dos indivíduos, atinge sua maior eficácia quando introduzido em fase inicial no curso da doença. Também, reduz internações e uso de serviços de saúde desnecessários. Todas as pessoas, independentemente da idade, sexo, renda, doença ou tipo de sofrimento, devem ter acesso aos serviços básicos de saúde, incluindo os CPs, visto que devem ser proporcionados em consonância com os princípios da cobertura da saúde universal. (OMS, 2015).

Conforme progressão da doença, o enfoque paliativo precisa ser estendido, ainda em vigor da terapêutica curativa, dispondo os cuidados psicossociais e espirituais. Na etapa terminal, a clínica paliativa se torna prioritária para avaliar condição de vida, dignidade e comodidade. Essa transição do cuidado com foco na cura para o cuidado unicamente paliativo é uma ação continuada e particularizada.

Logo, analisado na figura que segue (SBGG, 2017).

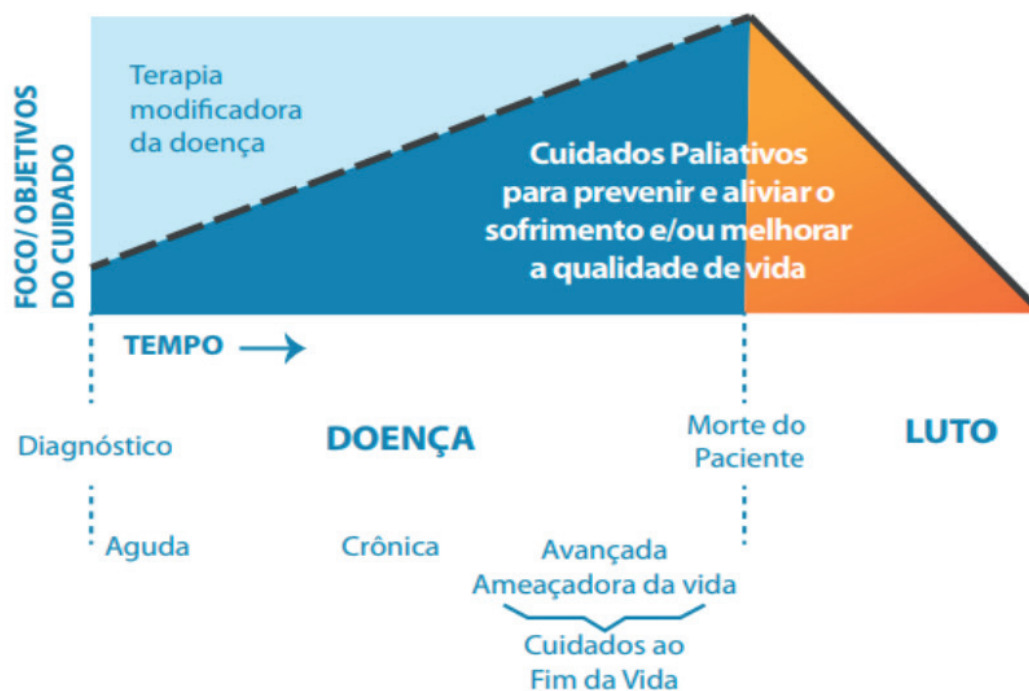


Figura 1. Variação da necessidade de Cuidados Paliativos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2017).

Com a ampliação de análises em CPs no campo da saúde, nasceram situações problemáticas, éticas, bioéticas e de ordem jurídica. Por isso, no dia 23 de novembro foi divulgada no Diário Oficial da União a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe a respeito da Política Nacional de Cuidado Paliativo para o SUS. O Ministério da Saúde, além disso, implantou e regularizou os CPs na conjuntura do SUS, através de determinadas portarias, ligados à área de oncologia e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), além dos planos de lei em curso na Câmara Legislativa.

Junges et.al (2010), relatam que o direito de morrer dignamente constitui uma morte humanizada, sem prorrogação da vida e aflição mediada por terapias desnecessárias. Em meio aos princípios essenciais dos CPs está a inclusão da morte como processo humano e natural e consequência da prática adequada do cuidado na conjunção da ortotanásia, implicando em não provocar eutanásia nem induzir a distanásia dos pacientes nos últimos dias de vida.

O termo utilizado para definir uma morte sem sofrimento é chamado de “ortotanásia” em que o uso de técnicas e prolongamento da vida é dispensado. A distanásia está em contraposição à ortotanásia, já que tem por desígnio delongar a vida a qualquer preço, mesmo com aflição do paciente. A eutanásia constitui o método de morte de um doente por intervenção, com a última finalidade de induzir à morte, acalmando uma dor intolerável, que hoje em dia é ilegítimo no Brasil, mas

acolhida em determinados países. (JUNGES et al., 2010).

A essência do CP pode ser compreendida por uma frase ilustre de Pessini (2004) ao afirmar que:

eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte (PESSINI, 2004, p. 181-208).

Portanto frente ao impacto negativo que a finitude desperta na equipe da saúde, este estudo se justifica, considerando que, dialogando e refletindo sobre esta temática em pacientes oncológicos abrimos espaço para compreensão e entendimento da importância do CP. Dentro desta proposta, implementamos o Núcleo de CP na instituição.

Justifica-se ainda, visando preparar a equipe multidisciplinar, deixando-a apta para atender suas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo este ser e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer.

Diante deste contexto, indagou-se: qual o entendimento da equipe multidisciplinar acerca dos Cuidados Paliativos neste processo de implementação do Núcleo de CP?

2 | OBJETIVO GERAL

Implementar o Núcleo de Cuidados paliativos em um serviço privado de oncohematologia.

2.1 Objetivos específicos

2.1.1 Investigar conhecimento prévio da equipe de saúde sobre CP;

2.1.2 Apresentar o projeto à direção da instituição e à equipe multidisciplinar;

2.1.3 Realizar encontros com a equipe multidisciplinar sobre a temática;

2.1.4 Elaborar material didático para ser utilizado nos treinamentos;

2.1.5 Avaliar o conhecimento da equipe através de um questionário após os encontros.

3 | METODOLOGIA

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com o enfoque quantitativo. A PCA estabelece o conhecimento do pesquisador em base à prestação de determinados serviços assistenciais ao lado do grupo local, ao aludir uma renovação, modificações e/ou inovações do método assistencial durante o seu processo de investigação. (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

A análise quantitativa considera as informações e tornam mais amplos os resultados da amostra para os evidentes. (MATTAR, 2001). Para Esperón (2017), pesquisa quantitativa só é feita quando se tem domínio do que se vai analisar. A pesquisa quantitativa só tem significado quando há um problema definido e há informação e teoria a respeito.

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram todos os profissionais da equipe multidisciplinar que atuavam no Serviço privado de Oncohematologia totalizando nove profissionais, dentre eles: médico, enfermeira, farmacêutica, técnica de enfermagem e psicóloga.

Critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: ser um profissional atuante na instituição e fazer parte do quadro de funcionários. Critério de exclusão: profissional não pertencente à equipe de funcionários e não estar atuantes no serviço.

3.4 Local e período da pesquisa

Foi realizada pela pesquisadora em um serviço privado de Oncohematologia, no interior do estado do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2019. Este serviço foi instituído no ano de 1999 por um grupo de especialistas nas áreas de Oncologia e Hematologia, o desígnio principal do serviço é propiciar uma medicina de elevado nível na região missioneira, oportunizando apoio incondicional ao paciente com neoplasias. (DORNELLES, 2016; COHM, 2019).

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar e todos os integrantes apresentam especializações específicas na área. É padrão no estabelecimento, o uso de métodos e tratamentos integrados nacional e internacionalmente, o serviço ao mesmo tempo acomoda uma extensa e atualizada área física, contemplando as requisições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), avalizando dessa forma a absoluta condição, conforto e uma assistência humanizada para o paciente. (DORNELLES, 2016; COHM, 2019).

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado. Deu-se através de uma ferramenta inteiramente estruturada, com perguntas fechadas ou de alternativas fixas, ou seja, alternativas pré-especificadas pela pesquisadora. A finalidade desta técnica incide em garantir a comparação das respostas e facilitar igualmente a apreciação dos dados (POLIT, 2011).

Os participantes foram abordados individualmente nos locais de trabalho, sendo que o convite foi de caráter informal.

A coleta de dados ocorreu no ambiente da instituição, o qual apresentou condições adequadas para o resguardo da privacidade dos participantes.

O formulário estruturado (Apêndice 01) aplicado na análise, foi construído pela pesquisadora baseado nos conhecimentos e estudos sobre a temática, porquanto, foi através desses que foi trabalhada a consolidação e implementação do Núcleo de Cuidados Paliativos em parceria com a instituição coparticipante.

Para o desenvolvimento, seguimos as etapas:

- 1º Etapa- Aprovação do projeto pelo comitê de ética da universidade;
- 2º Etapa- Reunião com o responsável pela instituição coparticipante;
- 3º Etapa- Reunião com os integrantes do núcleo, para apresentação do cronograma e identificação de dúvidas;
- 4º Etapa- Apresentação do Projeto para a equipe multidisciplinar e aplicação do questionário;
- 5º Etapa - Conceito de Cuidados Paliativos e aplicação do questionário;
- 6º Etapa - Interdisciplinaridade, relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional;
- 7º Etapa - Cuidado Paliativo Ambulatorial e Domiciliar;
- 8º Etapa - Controle de sintomas e tratamento farmacológico;
- 9º Etapa - Bioética em Cuidados Paliativos. Reaplicação do questionário;
- 11º Etapa - Apresentação dos resultados da pesquisa.

Após a conclusão dos encontros, analisamos as informações coletadas por meio da aplicação do formulário estruturado (pré e pós teste).

De posse dos dados, avaliamos as informações obtidas, antes dos treinamentos e posterior a eles. A análise dos dados se deu por meio de gráficos, quadros e tabelas, com o desígnio de promover à facilitação e organização as informações obtidas. (FURASTÉ, 2012). A finalidade da utilização de tabelas e gráficos consiste em assessorar o pesquisador a distinguir as diferenças e semelhanças por meio da perceptibilidade em que os dados estão distribuídos. Os gráficos e tabelas são figuras de aparências visuais que são empregados para dar ênfase a certos conteúdos, proporcionando ao leitor e ao pesquisador uma noção mais rápida da

situação estudada (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, instituídas pela autorização 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões – Campus Santo Ângelo sob número do Parecer: 3.462.460, CAAE 15288619.4.0000.5354. Somente após parecer favorável, deu-se início à coleta dos dados (BRASIL, 2012).

Para as pessoas que concordaram em participar, foi apresentado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (Anexo I) em duas vias, sendo requerida a assinatura do participante e disponibilizada uma cópia para o mesmo e outra para o pesquisador. À empresa contratante destes trabalhadores enviamos um ofício solicitando a prática da pesquisa, requerendo a Declaração de Instituição Coparticipante (Anexo II).

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Todas as etapas para o plano de implementação do NCP foram obedecidas: aprovação do projeto apresentado à instituição e cronograma com treinamentos propostos em forma de roda de conversas, slides em Power point e dinâmicas, registrados em ata.

QUANTIDADE DE ENCONTROS	DE	ASSUNTOS DISCUTIDOS	DATA	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES
1º Encontro		Conceito de Cuidados Paliativos e aplicação do questionário.	08/08/2019	06 PARTICIPANTES
2º Encontro		Interdisciplinaridade, relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional.	12/09/2019	06 PARTICIPANTES
3º Encontro		Cuidados Paliativos Ambulatorial e Domiciliar.	19/09/2019	06 PARTICIPANTES
4º Encontro		Controle de sintomas e tratamento farmacológico.	09/10/2019	05 PARTICIPANTES
5º Encontro		Bioética em Cuidados Paliativos. Reaplicação do Questionário.	06/11/2019	09 PARTICIPANTES
6º Encontro		Apresentação Resultados	27/11/2019	09 PARTICIPANTES

Quadro 1- Cronograma para implementação do núcleo em CP.

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

4.1 Caracterização dos participantes

A instituição onde foi realizado o estudo conta com 19 funcionários ao todo.

Dez profissionais da equipe multidisciplinar, sendo destes, nove participaram da pesquisa. A idade dos participantes varia de 23 a 62 anos. A maioria é do sexo feminino 6 (67%). Com relação à categoria profissional, observamos o mesmo número de médicos 3 (33%) e enfermeiras 3 (33%). Sobre o tempo de atuação na profissão, verificou-se que a maioria 8 (89%) já atuam há mais de cinco anos e só um profissional atua entre dois e cinco anos na profissão.

Um aspecto relevante foi a quantidade de vínculo empregatício dos profissionais, configurando sobrecarga de trabalho.

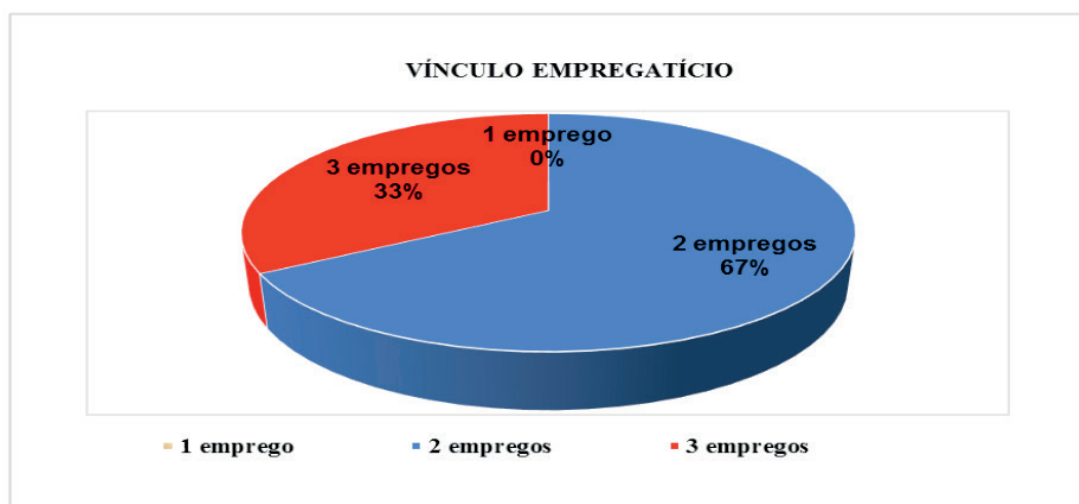


GRÁFICO 1 - Vínculo Empregatício.

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

De acordo com o referencial de Vieira et. al (2016), um modelo característico são os acúmulos de tarefas, em que o profissional acaba exercendo mais de uma ocupação para ter um salário melhor. Esta prática resulta em impactos na saúde, provocando desgaste físico, interferindo na condição psíquica, abalando por sua vez a disposição no exercer das funções.

A partir dos dados levantados do pré e pós teste visualizado no gráfico a seguir, pode-se notar um aumento no nível considerado bom. Os participantes relataram nos treinamentos a necessidade de mais conhecimento sobre o tema.

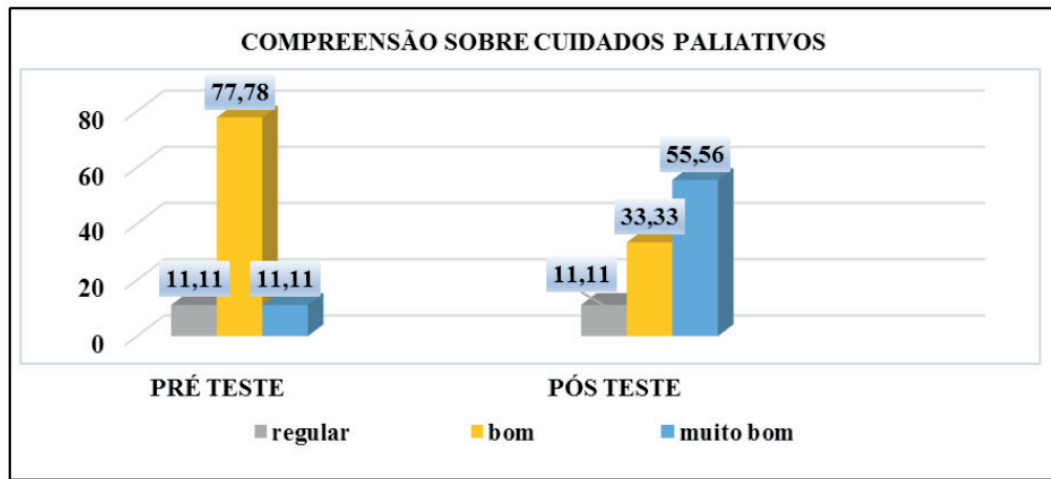


GRÁFICO 2 - Compreensão sobre Cuidados Paliativos

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

Como diz o autor Mezzavila (2016), as instituições cobram dos profissionais destreza e atitudes, desenvolvidas por meio de treinamentos e educação continuada, para que assim, deem o retorno às necessidades que o mercado de trabalho exige e mantenham-se em seus empregos.

Na análise comparativa dos dados do pré e pós teste, quanto a adquirir alguma capacitação ou aperfeiçoamento em CP, no pré-teste 6 (67%) disseram ter algum curso ou educação específica sobre o tema e 3 (33%) não ter nenhuma. Já no pós-teste houve aumento, os 9 participantes (100%), relataram algum aperfeiçoamento.

No pré-teste, dos participantes que tiveram algum curso de aperfeiçoamento em CP, 5 (71%) disseram ter feito na própria instituição e 2 (29%) fizeram fora da instituição, tendo uma mudança no pós-teste em que todos os 9 participantes (100%), relataram ter feito na própria instituição, concluindo que a empresa disponibiliza e oferece treinamentos e capacitações para seus colaboradores.

Muitas instituições têm adotado o Serviço de Educação Continuada como tática para qualificar seus profissionais, sempre implantada em contexto coletivo. É imprescindível ter uma dimensão extremamente maior do que somente o aprimoramento técnico, por meio de uma transformação de padrões e reafirmação de princípios (JESUS,2013).

Em relação a definição da OMS sobre CP obtivemos: pré-teste, 6 (67%) conhecem a definição e 3 (33%) não conheciam o significado. Após os treinamentos, todos os 9 (100%) participantes responderam conhecer a definição do tema após os treinamentos. De acordo com a OMS (2007) CP é melhorar a qualidade de vida do paciente com doença que ameaça a continuidade de vida e de seu familiar, é auxiliar na prevenção e no alívio durante o sofrimento, identificando precocemente e atuando de modo impecável no tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais assim como no cuidado para a diminuição da dor.

No quarto treinamento abordamos o manejo dos sintomas mais comuns em CP e o tratamento farmacológico utilizado para aliviar o desconforto do paciente, devolvendo uma vida com menos sofrimento.

Sobre o atendimento especializado na instituição o paciente com doença avançada na análise do pré-teste, 6 (67%) acreditam que a instituição proporciona esse atendimento e 3 (33%) referiram não haver atendimento especializado. Índice que mostrou uma mudança no pensamento dos colaboradores na análise dos dados no pós-teste em que 6 (67%) entenderam através dos treinamentos que a instituição ainda não tem esse atendimento e 3 (33%) mantiveram a opinião de que a instituição possui esse acolhimento na doença avançada.

Os autores Brandi e Cavasini (2013), relatam em suas escritas a importância da assistência oncológica que segue em busca para assegurar a evolução e o manejo dos sintomas decorrentes do grau de dificuldades da doença, mas que só terá êxito de caráter completo se tiver uma equipe multiprofissional qualificada desde o momento do diagnóstico até as últimas horas de vida do paciente.

A parte que expõe a importância deste cuidado, 8 (89%) ressaltaram que o grau de importância vai de 8 a 10 e 1(11%) afirmou a importância de 6 a 8.

Em relação ao plano de tratamento, os 9 (100%) dos participantes afirmam que o tratamento visa aliviar os sintomas e não a obtenção da cura.

O objetivo do CP é melhorar a qualidade de vida tanto do paciente quanto do familiar, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento através do diagnóstico precoce, da avaliação e tratamento da dor, assim como ajudar com outros problemas que surgirem (VASCONCELOS, et. al. 2015).

Sobre a importância do apoio espiritual na assistência à saúde, 9 (100%) consideram essencial esse apoio, pois o desconhecido, à doença que ameaça a continuidade da vida transmite insegurança, medo da dependência física, financeira e social, fazendo com que tenham necessidade de buscar um novo sentido para a vida.

Como referencia Soratto et. al (2016), o ser humano é conduzido por seus princípios morais e crenças, podendo dizer que o cuidado espiritual é a base da humanização. O cuidado Espiritual colabora para a melhora do físico, significando um suporte emocional (CERVELIN, & KRUSE, 2014).

Sobre os princípios éticos relacionados as condutas da equipe de saúde, os participantes foram unânimes concordando com os princípios éticos alusivo ao paciente, mostrando que o profissional deve cuidar do doente respeitando sua cultura, espiritualidade, liberdade de escolha e maneira de enfrentar a vida e a doença.

Manso (2004) faz menção ao fundamento bioético, que tem como etnologia moral a importância soberana do indivíduo, sua integridade, existência, independência e autonomia.

Mediante a assistência ao luto do paciente, todos os participantes acreditam ser necessário oferecer suporte durante este processo.

A dor do luto pode ser amenizada com apoio do profissional de saúde, que ao oferecer assistência, facilita a exposição dos sentimentos. É importante distinguir as emoções iniciais enquanto naturais, e não bloquear as expressões. Compreender a individualidade do momento é importante para o processo do luto e auxilia o familiar no enfrentamento (SANTOS; SALES, 2011).

MANEJO DOS SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS								
Sintomas	PRÉ TESTE				PÓS TESTE			
	Compreende		Não compreende		Compreende		Não compreende	
	%		%		%		%	°
Dor	78		22		100		-	
Náusea e Vômito	100		-		100		-	
Constipação	89		11		100		-	
Soluço	89		11		100		-	
Delirium	44		55,6		44,44		55,6	
Dispneia	78		22		100		-	
Caquexia	89		11		100		-	

GRÁFICO 3 - Manejo dos sintomas em cuidados paliativos

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

Sobre o sintoma delirium citado na tabela acima, não houve diferenciação na análise dos dados no pós teste, evidenciando necessidades de maiores compreensões sobre o assunto.

Tal qual Albert (2017), alguns sintomas se destacam em pacientes no final da vida, entre esses da tabela acima, a dor, dispneia, constipação intestinal, náuseas e vômitos, são comuns, porém se não forem tratados, podem gerar grande sofrimento ao paciente.

Diante do sofrimento imposto pelas situações-limite as maiores dificuldades foram lidar com pacientes que expressam fortes emoções 4 (44%), também 4 (44%) quando o paciente pedia para morrer. Somente 1(11%) abandona os cuidados para passar menos tempo com o paciente, considerando como fuga para não sofrer com a dor do doente.

Já no pós-teste 4 (44%) relataram que a maior dificuldade é comunicar ao paciente e familiares o agravamento da doença e proximidade da morte, enquanto 2 (22%), consideram muito difícil lidar com as emoções (raiva, medo e tristeza).

Quando o paciente pede para morrer somente 2 (22%) acreditam ter dificuldade. Por isso é suma importância que a equipe tenha um preparo emocional garantindo solidificação do grupo.

É necessário um trabalho efetivo da equipe multidisciplinar para que os profissionais tenham apoio, liberdade de expor suas dores e preparo psicológico no cuidado e com empatia com o paciente e familiares em sofrimento, dando respaldo necessário na finitude.

O autor Peduzzi (2016) ressalta em suas escritas que para obter um trabalho efetivo, a equipe precisa estar organizada com métodos que venham somar com os conhecimentos das outras profissões, fundamentais para o desenvolvimento no acolhimento e no cuidado incondicional ao paciente.

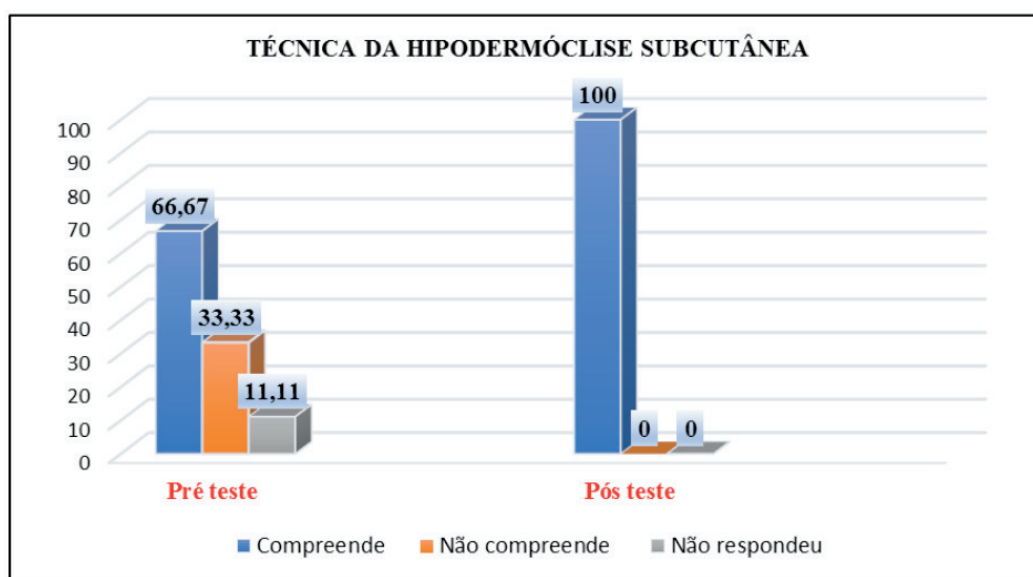


GRÁFICO 4- Técnica da Hipodermóclise Subcutânea

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

A técnica da Hipodermóclise Subcutânea é válida para pacientes com dificuldade de engolir ou tomar medicações via oral com segurança e para casos de vômitos e náuseas. Sendo uma técnica antiga, mas que apresenta muita segurança, como nos mostra a ANCP (2017), como o uso da via subcutânea (SC) conhecida desde 1836. É muito usada para infundir soluções contínuas de volumes até 3.000 ml/24 horas.

Essa técnica se torna muito eficiente para pacientes em CP, por ser via alternativa para suporte clínico utilizado na administração de medicamentos para vômito, dispneia, diarreia, entre outros sintomas comuns em doente paliativo, podendo ser usada também para manter a hidratação adequada e nutrição, que estão impossibilitados de serem administrados por via oral. (PONTALTI et al, 2016). A Hipodermóclise é reconhecida como alternativa segura, por ter viabilidade em administração de medicamentos (ZIRONDE, 2014).

Outro aspecto abordado nessa pesquisa que sem dúvida é muito relevante, é

a questão da ansiedade e depressão em pacientes que sofrem com a progressão da doença. Além de abalar o psicológico, reflete também na qualidade de vida e aderência ao tratamento. Por isso é preciso explorar as preocupações do paciente e o efeito delas sobre o indivíduo como um todo.

Com base nos dados do pré-teste, 5 (56%) dos participantes expuseram que consideram válida a questão do paciente ter medo da morte e a preocupação com sua imagem corporal, enquanto 4 (44%) disseram que a abordagem desses pacientes deve ser mais abrangente, a fim de ter mais êxito no tratamento. Houve uma diferenciação no pós-teste, em que os 9 (100%) dos participantes consideram válida a abordagem do paciente de forma mais ampla, com a finalidade de ter mais êxito no cuidado.

O caráter depressivo e a ansiedade causam significativa diminuição da qualidade de vida nestes pacientes. Se essas condições não forem observadas e devidamente tratadas poderão induzir crescente incapacidade física, sofrimento e morbimortalidade (BUZGOVÁ et.al, 2015).

O autor Guimarães (2012) diverge dos outros autores quando afirma que a ansiedade é uma condição emocional classificada como natural em CP, visto a situação de estresse em que o doente se encontra pertinente à finitude de vida, à insegurança com relação ao futuro, às dúvidas e ao afastamento do familiar.

A depressão, em caso de enfermidade é qualificada por variações sentimentais manifestas de maneiras diferentes em cada pessoa, inerentes à sua individualidade. No paliar não é fácil diagnosticar por coincidir de forma semelhante com a tristeza, a ansiedade, a desmotivação e sintomas físicos estimulados pela doença, sobretudo na finitude da vida (JULIÃO E BARBOSA, 2011).

Questionados quanto a melhora do conhecimento sobre a temática à houve coerência entre o pré e o pós teste, 9 (100%) dos profissionais expuseram a necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre o assunto. Para Braz e Franco (2017), é indispensável a qualificação dos profissionais que exercem este cuidado, pois estará atuando em momentos de fragilidade como finitude e aspectos relacionados as fases do luto familiar.

Após a leitura e organização dos dados coletados, foi possível elencar três elementos principais: Cuidado Paliativo e Aplicabilidade; Equipe Multidisciplinar frente ao Cuidado Paliativo e Os Desafios do Cuidado Paliativo na Oncologia.

Cuidado Paliativo e Aplicabilidade

CP se refere a um tratamento no qual o objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente com impossibilidade de cura. De acordo com a OMS, trata-se de uma metodologia que busca melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares no

enfrentamento a uma doença que ameaça a vida, auxiliando através da prevenção e alívio do sofrimento quando há um diagnóstico precoce, uma avaliação e tratamento correto da dor e outras dificuldades físicas, espirituais e psicossociais (WHO,2004).

Embora a instituição seja privada e tenha um diferencial no tratamento oferecido aos pacientes oncológicos, com medicações de última geração, ambiente confortável, tecnologia avançada e uma equipe preparada para acolher o paciente visando à cura e não o tratamento paliativo, o desafio foi aceito pela equipe multidisciplinar.

No primeiro treinamento abordamos a definição de CP e a importância de aplicá-lo de forma integral aos pacientes oncológicos. Como a instituição oferece tratamento ambulatorial, frisamos os cuidados voltados ao conforto, alívio de sintomas e apoio ao paciente e familiar no ambulatório e domicílio.

O objetivo do CP ambulatorial de acordo com a ANCP é controlar de forma favorável os sintomas da doença, oferecer uma comunicação clara e oportuna com informações possíveis correspondentes ao quadro evolutivo da doença e do tratamento, auxiliar o paciente no entendimento da doença que ameaça a sua vida, nas situações em que a morte é tão ameaçadora quanto o processo da doença (CARVALHO, 2012).

Os pacientes que fazem tratamento ambulatorial geralmente têm uma condição física melhor, certa independência e autonomia, conseguindo se locomover até o ambulatório não necessitando de tratamento hospitalar.

É importante o trabalho desenvolvido pela equipe de visita domiciliar as pessoas e familiares que estão em tratamento oncológico. Nessas visitas devem-se investigar queixas, tentar sanar as dúvidas, oferecer apoio e carinho, orientação ao cuidador, buscando sempre o cuidado humanizado, visando o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente e familiar.

O trabalho de visitas externas visa oferecer apoio apropriado, proporcionando confiança ao cuidador nos cuidados domiciliares, auxilia no entendimento às modificações que acontecem em sua vida, traçando planos estratégicos que ajudam no cotidiano, aliviando a sobrecarga e gerando mais autonomia ao doente. (HCAA, 2014).

A instituição em que foi feita a pesquisa desempenha um trabalho de visita domiciliar, oferecendo suporte aos cuidadores e familiares ajudando traçar métodos facilitadores, gerando vínculo e confiança entre as partes, além de oferecer assistência durante, evitando muitas vezes hospitalização. A instituição em questão mostrou interesse em continuar implementando este cuidado.

Equipe Multidisciplinar frente ao Cuidado Paliativo

A recomendação de Brasil (2017) para compor uma equipe multidisciplinar, é

formá-la com vários profissionais de nível superior (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social), bem como por conselheiro espiritual e voluntário. O grupo de CP geralmente é desenvolvido por multiprofissionais que trabalham de forma integrada, levando em conta o biopsicossocial do indivíduo.

O médico tem um papel muito importante no cuidado ao paciente com doença avançada, ameaçadora à vida. Geralmente este profissional transmite as más notícias sobre o quadro da doença exigindo da profissional sensibilidade, empatia e preparo psicológico para não se deixar abalar.

A Interdisciplinaridade e a relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional, foi abordado no segundo treinamento e reforçado em outros momentos de forma a ressaltar a importância do reconhecimento individual de cada profissional fazendo menção aos conhecimentos específicos em sua área de especialização contribuindo com a equipe, frisando a necessidade do olhar humanizado e holístico necessário para compreender as necessidades que demanda o cuidado.

Pensando nessa contribuição interdisciplinar, a comunicação foi amplamente discutida nos treinamentos, corroborando com Avelar (2010) que reforça a comunicação como algo mútuo, capaz de interferir nas relações, facilitar e gerar mudanças nas pessoas envolvidas.

A comunicação é um fator imprescindível diante do relacionamento e auxílio prestado. O diálogo é um grande causador da humanização e amparo, necessitando de estímulos para aprimorar a comunicação em meio ao próprio grupo e do grupo com pacientes e seus familiares (RENNÓ & CAMPOS, 2014).

Assim sendo, torna-se ferramenta poderosíssima de transformação, especialmente nos dias atuais, com mudanças rápidas e drásticas na forma em que nos comunicamos. Utilizou-se proposta de dinâmica em grupo para refletir sobre a comunicação, reforçando a importância desta. Observou-se boa aceitação da equipe nesta atividade.

A instituição coparticipante reforçou ao final dos treinamentos que dará sequência ao NCP, ressaltando a importância em oferecer capacitação contínua sobre a filosofia paliativista.

Os Desafios do Cuidado Paliativo na Oncologia

O Brasil tem poucos serviços em CP, e número ainda menor daqueles que ofertam cuidados com base científica e de qualidade. Seja na área hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, os serviços de inclusão no modelo de atendimento solicitam que o trabalho seja eficaz e de qualidade (INCA, 2017). No Brasil, além de serem poucos os CP, ainda são cuidados feitos de modo isolado, sem seguir uma

diretriz de trabalho.

De acordo com a União para o Controle Internacional do Câncer (UICC) em 2020 o número casos de câncer terá um aumento de 14% e de 28% em 2030. Para o ano 2019 espera-se mais de 600 mil novos casos de tumores benigno e maligno e 420 mil novos casos de câncer INCA (BRASIL, 2018). Com essa estatística, observa-se o grande desafio e necessidade de incluir esta modalidade na oncologia, haja visto ser um público que demanda cuidado específico e singular.

Com a oportunidade de assistência pelo grupo de CP, o paciente e familiar pode ser motivado a ter mais autonomia com o cuidado, aceitar dialogar e participar na decisão do tratamento (ANCP, 2012). A mudança no cuidado curativo para o que tem o objetivo paliativo, é uma transição contínua, com metodologia de cuidado distinto para cada paciente INCA (BRASIL, 2018).

De acordo com Palliative Care Alliance World, apenas 8% de mais de 100 milhões de pessoas e familiares que necessitam de cuidados paliativos no mundo chegarão a ter acesso a esses cuidados, e em muitos países esse tipo de serviço ainda não é oferecido.

Os países desenvolvidos como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia estão no topo no ranking da pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit, sobre as condições de CP, enquanto países em desenvolvimento ficam com menos pontuação por causa de investimentos baixos do governo nesse serviço e pela cultura que ainda visa os serviços curativos e não paliativos (VICTOR, 2016).

O The Economist (2015) publicou um relatório que mostra a qualidade de morte no mundo, o Brasil ocupou a posição de 42^a de um total de 80 países. Ficando os países Reino Unido e Austrália com o melhor índice de qualidade de morte, trazendo uma reflexão sobre o CP proporcionado aos brasileiros.

É urgente a necessidade de mostrar-se nova visão da vida mediante o processo de morte e luto aos pacientes e familiares, dando um novo sentido no que se refere a vida e morte, trazendo maior esclarecimento sobre a finitude (SILVA, 2016).

O Brasil alavancou uma conquista relevante no dia 31 de outubro de 2018 com a normatização da resolução nº 41. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer de forma gratuita os cuidados como suporte incluído na esfera do SUS, oficializa o uso dos cuidados paliativos em todos os hospitais públicos do Brasil e torna a prática uma política de saúde (BRASIL, 2018).

Embora tenha ocorrido um avanço deste cuidado no SUS, o desafio é capacitar profissionais para trabalhar com esses indivíduos, oferecendo apoio, cuidado, presença e tratamento embasado cientificamente, ressaltando a qualidade no serviço prestado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, acredita-se que a experiência de implementação NCP descrita neste artigo obteve e continua obtendo resultados positivos. Entre as conquistas alcançadas pela equipe de CP está a educação continuada permanente e a constância de encaminhamentos de pacientes para o acompanhamento em caráter complementar ao assistencial.

Houve ainda reflexões sobre o aumento do número de pacientes encaminhados ao serviço de atenção domiciliar, ou seja, pacientes que puderam receber visita da equipe com planejamento dos cuidados no seu ambiente familiar e social. Entre estes pacientes, sendo dada continuidade ao atendimento em CP, observou-se menor taxa de reinternações por eventos adversos ao tratamento antineoplásico.

Houve modificação na cultura institucional e, atualmente, é possível verificar maior engajamento no processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipe, paciente e família. Sendo assim, paciente e família estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em acompanhar os processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas.

Esta pesquisa possibilitou reflexão e diálogo sobre uma proposta de mudança curricular, que atenda a carência dos acadêmicos em relação à filosofia paliativista, oportunizando aos mesmos uma atuação profissional mais completa, tornando-os mais eficientes na atuação para cumprir um dos principais objetivos do atendimento aos pacientes durante a finitude.

Sugerimos a instituição construir indicador de qualidade assistencial para avaliar se o NCP cumpre o objetivo de preparar a família para o cuidado ambulatorial e domiciliar, estimulando que os pacientes melhorem a qualidade de vida e o controle dos sintomas provocados pela doença e tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP**. 2017. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>. Acesso em: 17 nov.2019.

ALBERT RH. End-of-Life Care: **managing common symptoms**. Am Fam Physician. Mar 15;95(6):356-361. 2017.

ALMEIDA, O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p.34-40, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf . Acesso em: 19 de Abri de 2019.

ASENSI, F. D. Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. In: **Cidadania no cuidado-universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2011.

AVELAR, ARIANE FERREIRA MACHADO, et al. **10 passos para a segurança do paciente**. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente- REBRAENF- Polo São Paulo-2010.

BUZGOVÁ, R., JAROSOVÁ, D., & HAJNOVÁ, E. **Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care**. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-6. 2015.

BRANDI, A. C.; CAVASINI, S. M. **Psicologia como suporte de apoio ao paciente, à família e à equipe em oncologia**. In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. *Enfermagem em Oncologia*. São Paulo: Editora Atheneu. p. 305-314.2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe dentre as exigências a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre possíveis riscos e benefícios**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: **incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: Inca, 2017.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018a. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 276. 31 out. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018 b. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa2018.pdf>> . Acesso em: 05 jan. 2018.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. **Profissionais Paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado**. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. ampliado e atual. Porto Alegre: ANCP. 2ª ed, 2012.

CARVALHO, RICARDO T. et al. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018.

CERVELIN, A. F. & KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 18(1), 136-42. 2014.

COHM. Clínica de oncologia e Hematologia das Missões. **A história da clínica**. 2019. Disponível em <https://hospitaleclinicas.com.br/cnes/5284228/cohm-clinica-de-oncologia-e-hematologia-das-missoes-ltda>. Acesso em 19 de Abril de 2019.

DORNELLES N. **A Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço privado de oncologia e hematologia**. [Trabalho de conclusão de curso]. Santo Ângelo (RS): Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santo Ângelo; 2016.

ESPERÓN, J.M.T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Esc Anna Nery** 2017;21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100101. Acesso em 10 abril 2019.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 13, supl. 2, Rio de Janeiro, Dec. 2009.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER. **Cuidados paliativos**. 2014. Disponível em: <http://www.cancer.org.br/>

projeto/93/cuidados-paliativos . Acesso em: 10 abril 2019.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das Normas da ABNT.** – 16. ed. – Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2012.

GUIMARÃES, R. D. **Ansiedade e depressão em cuidados paliativos: como tratar.** *Manual de Cuidados Paliativos*, 191-200. 2012.

HOSPITAL DE CÂNCER DE CAMPO GRANDE – ALFREDO ABRÃO (HCAA). **Manual do serviço de atenção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).** Campo Grande, MS, n. 1, 2014.

INCA. Estimativa 2018. **Incidência de Câncer No Brasil.** doi:978-85-7318-2835; 2017.

JESUS BH, GOMES DC, SPILLERE LBB, PRADO ML, CANEVER BP. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Esc. Anna Nery** ;17(2):336-45. 2013.

JULIÃO, M., & BARBOSA, A. **Depressão em cuidados paliativos.** *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 807-818.2011.

JUNGES, J.R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 275-88, 2010. Disponível em: 103 http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/564/537 Acesso em: 12 Abril 2019.

MACIEL, A. P. S et al. **Referências históricas: definições e princípios em cuidados paliativos.** In: *Enfermagem em cuidados paliativos (Org.) VICENCI, M. C. et al.* 2012.

MALAGUTTI, W.; ROHERS, H. A Legislação Brasileira, as Religiões e os Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte.** São Paulo: Martinarri. p. 97-115. 2013.

MANSO, M. ELISA GONZALEZ. A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o principlalismo bioético. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 9, n. 457, 7 out. 2004. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/5781>. Acesso em: 08 nov. 2019.

MARCONI, M. De Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5ª ed. São Paulo; Atlas S.A, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** 3 ed. São Paulo. Atlas, 2001.

MEZZAVILA, I. CRISTINA VERONESE; CARDOSO, J. MANOEL MENDES. Qualificação profissional e empregabilidade: Reflexões pertinentes. **Revista de pós-Graduação Faculdade Cidade Verde.** Vol. 2, N1, ISSN2448-4067. 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). *Palliative care* (Cancer control: knowledge into action - WHO guide for effective programmes - module 5). Recuperado em 20 de setembro, 2007, de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> [Links] acesso em 21 de nov 2019.

OMS. - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève: OMS, 2015. [Links]

OTHERO, M. B. et al. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atkas of Palliative Care. *European Journal of Palliative Care.* 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhaguen, Denmark. p.113. [Links]May 2015

PEDUZZI, M. **O SUS é interprofissional**. Interface (Botucatu). 2016.

PEIXOTO, A. P. **cuidados paliativos**. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais. 2004. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%generalidades.df>. Acesso em: 06 de Abril de 2019.

PESSINI L. A FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L; Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Loyola ; 2004. p. 181-208. [Links] Acesso em 03 de Abril de 2019.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª edição Tradução: Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Art Med, 2011.

PONTALTI G, RIBOLDI CO, RIODA RS, ECHER IC, FRANZOI MA, WEGNER W. Benefícios da hipodermoclise na clínica paliativa de pacientes com câncer: relato de caso. **Rev Bras Cancerol**; 62(3): 247-52. 2016.

Queiroz, R., Capelas, M.L. Formação avançada em Cuidados Paliativos em Portugal. **Observatório Português dos Cuidados Paliativos**. 2016. Disponível em: <http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Observatorio/Profissionais%20com%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Avan%C3%A7ada%20em%20CP.pdf>>Acesso em 14 de Abril de 2019.

RENNÓ, C., S., N. & CAMPOS, C., J, G. Comunicação Interpessoal: Valorização pelo Paciente Oncológico em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, 18(1), 106-115. [Links] 2014.

SANTOS, E.M. dos; SALES, C.A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 20, p. 214-222, 2011. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500027&lng=en&nrm=iso . Acesso em 10 de nov 2019.

SIEGEL RL, et al. Cancer Statistics 2017, *Ca Cancer J Clin*;67:7-30. 2017

Silva, C. F., Souza, D. M., Pedreira, L. C., Santos, M. R., & Faustino, T. N. (2013). Concepções da equipa multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência e saúde coletiva*, 18, (9), p. 2597-2604. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>

SILVA, M. M., SANTANDA, N. G. M., SANTOS, M. C., CIRILO. J. D., BARROCAS, D. L. R., & MOREIRA, M. C. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 19(3), 460 -466. Doi: 10.5935/1414-8145.20150061.2015.

SILVA, *et al*. Os cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**. 62(3): 253-257, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2ed. Rio de Janeiro: SBGG; ANCP; 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2015. 46 p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/.vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 21 de Abril de 2019.

SORATTO, M. T., SILVA, D. M., ZUGNO, P. L., & Daniel, R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, 9(1), 53-63. 2016.

St CHRISTOPHER'S **Sydenham site** Switchboard 020 8768 450051-59 Lawrie Park Road London SE26 6DZ. Disponível em info@stchristophers.org.uk Acesso em 06 de Abril de 2019.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The 2015 quality of death index*. Ranking palliative care around the world. London, 2015. 68p. [Links]

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. Ed. Porto Alegre. 2017. Moria. em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>Acesso em 08 de Abril de 2019.

Vasconcelos, P., Cruz, T., & Bragança, N. Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, 3(2): 14-19. 2015.

VIEIRA, G. CLEMENTINA GALVANI; BRIDA, R. LIMA DE; MACUCH, R. DA SILVA; MASSUDA, E. MITIE; PREZA, G. PEREIRA. **Uso de psicotrópicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho**. Santa cruz do sul. Publicado em 30 de setembro 2016.

V. G. HUNES GRASSI GOMES. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2016; 62(3): 267-270. Disponível em: Acesso em 17 NOV de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: the solid facts. Geneva: WHO; 2004.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WHO. England. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. [Links] Acesso em 16 e Abril de 2019.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE – WPCA. World Health Organization. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf . Acesso em: 20 Abril 2019.

ZIRONDE ES, MARZENINI NL, SOLER VM. **Hipodermóclise: redescoberta da via subcutânea no tratamento de indivíduos vulneráveis**. CuidArt, Enferm. [Internet]. 2014 [citado em 01 maio 2018]; 8(1):55- 61. Disponível em: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v8_n1_jan_jun_2014.pdf. Acesso em 09 nov de 2019.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA**, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus de Santo Ângelo, que tem por objetivos defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O motivo principal que nos leva a estudar esse tema é a discussão desta temática e a educação da equipe multidisciplinar que atende o paciente oncológico. Ainda fomentamos implantar o Núcleo de Cuidados Paliativos na instituição. Os dados serão coletados através de um questionário estruturado. **DESCONFORTO, RISCOS E BENEFÍCIOS.** Existe um desconforto mínimo para você, em que pode sentir-se desconfortável ao responder a pesquisa. Formas de Acompanhamento e Assistência: caso haja necessidade de assistência relacionada a participação na pesquisa, você será encaminhado ao serviço de psicologia da universidade ou da instituição coparticipante. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalidade ou perdas. Os BENEFÍCIOS para o participante da pesquisa serão: ter oportunidade de contribuir para a construção do conhecimento, refletir sobre os cuidados paliativos em pacientes oncológicos, ter oportunidade de expressar experiências com pacientes paliativos e contribuir para outros estudos sobre cuidados paliativos. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os resultados da pesquisa serão enviados para você, se você desejar. Uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo. Os eventuais custos decorrentes da participação na pesquisa, serão ressarcidos. Caso ocorram danos pela participação no estudo, haverá ressarcimento.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI, na Rua Universidade das Missões, nº 464, prédio 20, telefone: 55-3313-7917, com a professora Kelly Cristina Meller Sangoi pelo

telefone: (55) 996822885 ou com a aluna Silézia Santos Nogueira Barbosa, telefone: (55) 991773480. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

ANEXO II

DECLARAÇÃO DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES) COPARTICIPANTE(S)

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético do **PROJETO IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA**, emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santo Ângelo, Agosto, 2019

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE I

PROJETO: IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

As questões são objetivas e diretas, facilitando suas respostas e compreensão.

ID: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

1. Categoria profissional:

- () Médico
- () Psicólogo
- () Farmacêutico
- () Técnico de enfermagem
- () Enfermeiro

2. Está fazendo algum curso de qualificação?

() Sim () Não

Em caso de sim:

- () Curso de curta duração (até 20 horas) em: em: _____
- () Especialização em _____
- () Mestrado () Doutorado

3. Tempo de atuação na profissão:

- () 0 a 2 anos
- () 2 a 5 anos
- () Acima de 5 anos

4. Quantos vínculos empregatícios você possui além deste?

() Somente este () Este e mais um () Este e mais dois

5. Qual o seu nível de entendimento sobre os Cuidados Paliativos (CP)?

() Regular () Bom () Muito Bom

6. Você já teve algum curso ou capacitação/educação específica sobre CP?

() Não () Sim. Que assuntos foram abordados? _____

7. Caso tenha realizado, o curso ou treinamento este foi oferecido por esta instituição?

() Sim () Não

8. Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?

Sim Não

9. O paciente com doença avançada tem esse atendimento especializado aqui nessa instituição?

Sim Não

10. De 0 a 10, qual a importância dos Cuidados Paliativos para você numa instituição de Oncohematologia?

11. Para você o que fica em primeiro plano no tratamento de pacientes que estão em cuidados paliativos?

Obtenção da cura. Alívio dos sintomas predominantes.

12. Na sua opinião, o apoio espiritual é importante na assistência à saúde?

Sim Não

13. Você concorda com os princípios éticos de autonomia do paciente, justiça, beneficência e não maleficência, no que se refere às condutas dos profissionais da saúde?

Sim Não

14. Na sua opinião, é função do profissional da saúde, nos cuidados paliativos, a assistência à família durante o luto?

Sim Não

15. Para você, a dor do paciente pode se manifestar em quais aspectos? (Marque quantas alternativas quiser)

Físicos Financeiros
 Psicológicos Aspecto total
 Sociais Espirituais

16. Diante do sofrimento imposto pelas *situações-limite*, qual é sua maior dificuldade como profissional?

Comunicar ao paciente e aos familiares o agravamento da doença e a proximidade da morte.

Lidar com pacientes que expressam forte emoções, principalmente raiva, medo e tristeza.

Lidar com o fato de o paciente pedir para morrer.

() Neste momento, alguns profissionais tem tendência em querer abandonar os cuidados, estando menos tempo com estes pacientes;

17. Consideramos como medidas estabelecidas para o tratamento da dor, quando os tratamentos clínicos, farmacológico e fisioterápico forem insatisfatórios:

- () Bloqueios- Bomba intratecal – radiofrequência
- () Massagens relaxantes e adesivos transdérmicos
- () Técnicas de psicoterapia

18. Uma manifestação clínica no caso de um paciente oncológico são as náuseas e vômitos. Assinale algumas condutas que podem ser feitas:

- () Orientar sobre refeições em intervalos menores. Evitar deitar logo após as refeições. Preferir alimentos a temperaturas ambientes ou frios e evitar ingestão de líquidos durante as refeições.
- () Orientar ficar sem se alimentar por 6 horas. Acrescentar tratamento com acupuntura e apoio psicológico.

19. A constipação é outra manifestação oriunda principalmente dos efeitos colaterais dos quimioterápicos. É importante considerar:

- () Doses de medicações utilizadas e uso de laxativos orais.
- () Hábito intestinal atual e comparar com o habitual do paciente. Se há uso de laxativos e se houve efetividade no alívio dos sintomas.

20. A técnica da HIPODERMÓCLISE SUBCUTÂNEA é utilizada para algumas situações, entre elas:

- () Paciente com dificuldade para engolir ou tomar medicação VO com segurança. Está inconsciente e apresenta muita náusea e vômito.
- () Para pacientes lúcidos e que não necessitem de medicamentos.

21. É comum pacientes oncológicos com doença avançada apresentarem soluços. Considerando:

- () As causas mais comuns do soluço são extasia gástrica, distensão abdominal ou refluxo gastroesofágico.
- () Para alívio do soluço orienta-se beber água morna ou ficar em jejum por 7 horas.

22. O impacto da Ansiedade e Depressão não consiste apenas no estresse psicológico, mas reflete-se também na qualidade de vida, aderência ao tratamento e na maneira pela qual o paciente sofre com a progressão da doença. Portanto é

preciso explorar as preocupações do paciente e o efeito delas sobre o indivíduo como todo. Sendo assim considera-se válido:

Medo da morte, preocupação com a imagem do corpo.

A abordagem desse paciente deve ser coletiva, afim de ter mais êxito no tratamento.

23. Delirium é caracterizada por desorganização transitória das funções cognitivas provocada por alterações no metabolismo cerebral. Marque a alternativa incorreta.

O diagnóstico é feito somente por exame NEUROIMAGEM.

Os BENZODIAZEPÍNICOS não devem ser usados como primeira linha para o tratamento da agitação associada ao delirium.

24. Em relação a Dispneia, comum em pacientes paliativos, observa-se os seguintes manejos farmacológicos, considerando a opção correta.

Em crises de dispneia intensa em paciente em cuidado de conforto de fim da vida, a via preferencial é a parenteral, tendo início de ação em torno de 3 a 5 minutos.

O uso de opioide não mostra-se seguro e eficaz no caso de dispneia.

25. A caquexia é uma síndrome multifatorial, na qual há perda contínua de massa muscular. Assinale a escolha relevante:

A indicação de suporte nutricional é uma opção para paciente com caquexia em grau muito avançado.

Fornecer refeições com pequenas porções, priorizando os desejos do paciente, ajuda no manejo não farmacológico.

26. Você acha necessário melhorar seu conhecimento sobre o tema?

Sim Não

ÍNDICE REMISSIVO

A

Assistência 3, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 54, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 85, 89, 90, 92, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 104, 105, 106, 110, 114, 132, 137, 138, 141, 143, 147, 149, 153, 158, 159, 163, 166, 169, 170, 174, 180, 182, 184, 185, 187, 188, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 228, 229, 230, 233, 235, 241, 242

Assistência Hospitalar 62, 64

Atendimento 14, 22, 33, 34, 44, 63, 68, 71, 78, 95, 99, 129, 137, 142, 144, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 163, 173, 174, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 207, 211, 227, 238

C

Cardíaca 88, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 209, 212

Centro Cirúrgico 13, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 89, 243

Cirurgia Bariátrica 75, 76, 77, 78, 82, 83, 85, 86, 87

Cirurgia Cardíaca 88, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116

Conhecimento 2, 3, 9, 11, 15, 16, 26, 27, 28, 31, 32, 37, 38, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 62, 63, 66, 70, 71, 74, 76, 77, 82, 85, 88, 90, 93, 94, 114, 124, 131, 132, 135, 140, 149, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 166, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 199, 206, 207, 208, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 221, 225, 226, 227, 229, 230

Controle 8, 25, 38, 58, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 90, 91, 95, 96, 99, 100, 101, 106, 108, 111, 113, 115, 131, 133, 134, 143, 144, 159, 172, 174, 196, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 230

Coronariana Aguda 16, 199, 200

Criança 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163

Crítico 11, 12, 13, 16, 20, 118, 119, 123, 183, 201, 233

Cuidados 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 26, 32, 34, 35, 36, 44, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 63, 66, 68, 73, 75, 78, 85, 88, 89, 91, 93, 95, 96, 98, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 113, 116, 119, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 160, 165, 166, 170, 171, 176, 179, 181, 182, 184, 186, 187, 189, 190, 201, 213, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 233, 238, 241

Cuidados de Enfermagem 2, 4, 6, 44, 63, 85, 89, 93, 102, 116, 123, 124, 171, 187, 213, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 233

Cuidados Paliativos 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 66, 73, 126, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 136, 138, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 170

Custos 8, 32, 44, 53, 54, 55, 57, 59, 60, 99, 106, 114, 149, 165, 167, 170, 224

D

Diagnóstico 11, 12, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 65, 69, 72, 92, 108, 114, 127, 137, 141, 155, 167, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 214, 216, 218

Diagnósticos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 63, 69, 104, 110, 112, 113, 116, 199, 200, 202, 203, 206, 207, 208, 209, 211, 212

E

Educação 8, 33, 37, 39, 51, 67, 71, 76, 77, 78, 85, 86, 96, 115, 126, 129, 136, 144, 149, 152, 172, 184, 188, 189, 190, 194, 215, 218, 221, 223, 228, 229

Efetividade 26, 36, 75, 76, 77, 154, 195

Emergência 7, 18, 66, 73, 98, 99, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 192, 194, 198, 238, 243

Enfermeiro 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 66, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 84, 88, 90, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 115, 116, 122, 123, 124, 142, 148, 152, 159, 162, 164, 166, 169, 172, 173, 174, 175, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 207, 218, 221, 222, 224, 227, 228, 235, 236, 243

F

Ferida 89, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 168, 180, 182, 183, 184, 185

G

gerência 4, 5, 25, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 48, 66, 74, 197, 242

Gerência 2, 25, 27, 28, 40

I

Infecção 15, 19, 21, 22, 34, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 208, 209, 211, 213, 214, 217, 218, 219, 220, 224, 230

Interações 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125

L

Lesão 19, 92, 98, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 208, 210, 211

M

Medicamentosas 57, 92, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125

Metodologia 3, 14, 17, 20, 21, 25, 27, 42, 43, 45, 48, 53, 55, 88, 93, 104, 107, 108, 126, 132, 140, 143, 146, 175, 190, 195, 200, 202, 203, 207, 215, 225, 233, 243

O

Oncológica 126, 137

P

Paciente 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 44, 49, 54, 57, 58, 63, 67, 68, 69, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 106, 112, 113, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 132, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 173, 179, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 193, 195, 196, 199, 201, 204, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 217, 220, 224, 226, 228, 230, 237

Pancreatite 17, 18, 19, 21, 22, 23

Pediátricas 156, 157, 160, 161, 163

Pensamento 11, 12, 13, 16, 36, 74, 137, 201, 220

Pneumonia 109, 158, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230

Pós-operatório 84, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116

Pressão 35, 84, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 209, 210, 226, 227, 228, 229, 238

Prevenção 6, 14, 22, 54, 76, 84, 85, 88, 89, 92, 94, 95, 99, 100, 101, 108, 113, 114, 115, 116, 122, 136, 137, 141, 145, 159, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 195, 197, 199, 207, 213, 215, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230

Q

Qualidade 6, 9, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 54, 58, 59, 71, 75, 77, 82, 85, 86, 88, 89, 93, 95, 100, 105, 119, 123, 124, 126, 129, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 154, 157, 169, 170,

174, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 196, 197, 198, 201, 227, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243

R

Risco 15, 88, 97, 103, 115, 168, 171, 207, 208, 209, 211

S

Saúde 1, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 68, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 153, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 176, 178, 180, 187, 190, 192, 195, 197, 199, 201, 204, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 228, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243

Segurança 27, 29, 35, 36, 39, 40, 44, 89, 90, 100, 101, 118, 119, 125, 139, 145, 151, 154, 165, 170, 189, 196, 208, 220, 227, 238

Síndrome 16, 18, 22, 84, 92, 124, 155, 199, 200, 203

T

Tecnologia 32, 76, 78, 86, 96, 141, 231, 238

Teorias 42, 43, 45, 49, 51, 63, 73, 93, 201

U

Unidade de Terapia Intensiva 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 32, 53, 55, 57, 58, 60, 65, 67, 72, 118, 119, 120, 125, 128, 147, 167, 170, 172, 175, 176, 177, 181, 185, 186, 187, 189, 199, 220, 221, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 243

Urgência 19, 66, 73, 90, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 192, 193, 195, 198

UTI 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 19, 22, 54, 57, 98, 101, 109, 115, 119, 121, 122, 161, 164, 165, 167, 169, 171, 187, 190, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 214, 215, 220, 222, 224, 225, 227, 228, 229, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243

V

Ventilação Mecânica 109, 112, 167, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230

Vida 3, 9, 35, 36, 54, 58, 59, 77, 78, 85, 86, 88, 89, 97, 105, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 162, 167,

184, 188, 193, 194, 196, 198, 201, 204, 215, 231, 232, 233, 236, 237, 238, 239, 240, 241,
242, 243

 **Atena**
Editora

2 0 2 0