

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA DE FÁTIMA GOMES PEREIRA

APLICATIVO MÓVEL PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS

CURITIBA

2019

JÉSSICA DE FÁTIMA GOMES PEREIRA

APLICATIVO MÓVEL PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde - Mestrado Profissional, do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Letícia Pontes
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Cristina
Paganini

CURITIBA

2019

Pereira, Jéssica de Fátima Gomes

Aplicativo móvel para avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos
[recurso eletrônico] / Jéssica de Fátima Gomes Pereira – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Leticia Pontes

Coorientadora: Professora Dra. Maria Cristina Paganini

1. Processo de enfermagem. 2. Avaliação em enfermagem. 3. Inovação
tecnológica. 4. Cuidados paliativos. 5. Enfermagem oncológica. I. Pontes, Leticia.
II. Paganini, Maria Cristina. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JÉSSICA DE FÁTIMA GOMES PEREIRA** intitulada: **APLICATIVO MÓVEL PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**, sob orientação da Profa. Dra. LETICIA PONTES, que após após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rto de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 22 de Agosto de 2019.

LETICIA PONTES

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MONICA MARTINS TROVO

Avaliador Externo (FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN)

LUCIANA PUCHALSKI KALINKE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho a todas as pessoas que se encontram em cuidados paliativos,
merecedoras de um cuidado digno.

AGRADECIMENTOS

A Deus por possibilitar todas as conquistas em minha vida.

A minha mãe Maria de Lourdes, pelo carinho e o incentivo em todas as etapas da minha vida, principalmente no que diz respeito à educação.

Ao meu esposo Diogo Lorrán, pelo amor, respeito e paciência.

A todos os meus amigos, que me incentivaram a buscar meus sonhos e me aguentaram em vários momentos durante essa trajetória.

À professora Letícia Pontes, minha orientadora, por ser a luz que eu precisava durante esse caminho. Sem suas orientações, e conselhos nunca chegaria à realização desse sonho.

À professora Maria Cristina Paganini, minha Coorientadora, por contribuir com sua sabedoria.

A todos os participantes desta pesquisa, que se disponibilizaram a participar da construção deste produto.

Aos acadêmicos dos Cursos de Designer, Ciência da Computação e Tecnologia e Análise em Desenvolvimento de Sistemas da Universidade Federal do Paraná, membros das Empresas - Assessoria Júnior de Desenho Industrial e Assessoria Júnior de Consultoria em Informática.

RESUMO

A inexistência da cura proporcionou a criação de uma prática interdisciplinar voltada para o conforto do paciente que vivencia o processo de morte e morrer. Nesse contexto, a identificação precisa dos sinais e sintomas desse paciente, não representa o cuidar em sua totalidade. O enfermeiro necessita ir muito além, principalmente quando assiste uma pessoa que está morrendo. Desse modo, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de Tecnologias Assistenciais, que direcione o enfermeiro na avaliação diária do paciente em Cuidados Paliativos. Assim, o presente trabalho tem como objetivo desenvolver um aplicativo móvel para a avaliação clínica do paciente sob Cuidados Paliativos. Como método utilizou-se a pesquisa metodológica aplicada de produção tecnológica, desenvolvida em duas fases. A primeira, denominada fase exploratória, caracterizou-se pela revisão de literatura e análise de um questionário aplicado aos participantes, com o objetivo de identificar os aspectos a serem considerados na avaliação de pacientes em Cuidados Paliativos. A segunda fase se refere ao desenvolvimento da tecnologia assistencial, que ocorreu em duas etapas: definição de requisitos e elaboração do mapa conceitual do aplicativo e geração das alternativas de implementação e prototipagem. Como resultado, criou-se o aplicativo denominado AVALIA-TIS – Cuidados Paliativos, que consiste em uma inovação na coleta de dados dos pacientes em cuidados paliativos. Sua estrutura simples e acessível permite que os enfermeiros realizem uma avaliação clínica específica, capaz de contemplar os principais sintomas apresentados por esses pacientes. Esta tecnologia consiste em mais um avanço nas pesquisas desenvolvidas pelo grupo de pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde – TIS da Universidade Federal do Paraná.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Avaliação em Enfermagem. Inovação Tecnológica. Cuidados Paliativos. Enfermagem Oncológica

ABSTRACT

The inexistence of cures provided the creation of an interdisciplinary practice focused on the comfort of the patient who experiences the process of death and dying. In this context, the precise identification of the signs and symptoms of this patient does not represent the care on its totality. The nurse needs to go further, especially when he/she watches a dying person. Consequently, the demand for a development of Care Technologies is confirmed, one that helps nurses in the daily evaluation of patients in Palliative Care. Thus, the present work aims to establish a mobile app for the clinical evaluation of patients under Palliative Care. As a method, the methodological research applied to a technological production was used, and it increased two phases. The first one, called exploratory phase, was characterized by literature review and analysis of a questionnaire applied to the participants, with the purpose of identifying the aspects to be considered in the process. The second one refers to the creation of an assistive technology, which occurred in two stages: definition of requirements and elaboration of the app's conceptual map; creation of the implementation and prototyping alternatives. As a result, the app called AVALIA-TIS - Palliative Care was created, which consists of an innovation in the gathering of patient data in palliative care. Its simple and accessible structure allows nurses to perform a specific clinical evaluation, capable of contemplating the main symptoms presented by these patients. This technology composes another achievement in the research developed by the Research Group Technology and Innovation in Health - TIS of the Federal University of Paraná.

Keywords: Nursing Process, Evaluation in Nursing, Technological Innovation, Palliative Care, Oncology Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CUIDADOS NOS DISTINTOS CICLOS DE VIDA DE UM PACIENTE.....	19
FIGURA 2 - FATOS QUE CONSOLIDARAM O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	25
FIGURA 3 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO ELEMENTO DA SAE E AS ETAPAS CONSIDERADAS NESTA PESQUISA.....	27
FIGURA 4 - DOR TOTAL.....	32
FIGURA 5 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	33
FIGURA 6 - DOMÍNIOS PARA AVALIAÇÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	37
FIGURA 7 - PIRÂMIDE DA HIERARQUIA DE NECESSIDADES DE MASLOW.....	39
FIGURA 8 - CENAS DO VÍDEO INSPEÇÃO NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO	46
FIGURA 9: FASES DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	46
FIGURA 10 - ETAPAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	49
FIGURA 11 - EXEMPLOS DAS TELAS DO APP (PROTÓTIPO) CONSTRUÍDAS PELA PESQUISADORA.....	51
FIGURA 12 - APP COM LAYOUT E FUNCIONALIDADES FINALIZADAS.....	52
FIGURA 13 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DO CADASTRO/IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	59

FIGURA 14 - INTERFACES REFERENTE A APROVAÇÃO DO CADASTRO DO USUÁRIO, INÍCIO DO CADASTRO E BUSCA DO PACIENTE. APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	59
FIGURA 15 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE/HISTÓRICO DO PACIENTE – APP AVALIA TIS – CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	60
FIGURA 16 - INTERFACES PARA O INÍCIO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	61
FIGURA 17 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	63
FIGURA 18 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA DO PACIENTE - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	65
FIGURA 19 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO SONO E REPOUSO; MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE – APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	68
FIGURA 20 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE CUTÂNEO/MUCOSA - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	70
FIGURA 21 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VENTILATÓRIA - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019....	72
FIGURA 22- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO VASCULAR - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	74
FIGURA 23 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NUTRIÇÃO - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.....	75

FIGURA 24 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS ELIMINAÇÕES - <i>APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS</i> . CURITIBA, 2019.....	77
FIGURA 25 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS E NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS - <i>APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS</i> . CURITIBA, 2019.....	79
FIGURA 26 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA - <i>APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS</i> . CURITIBA, 2019.....	81
FIGURA 27- INTERFACE - EVOLUÇÃO - <i>APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS</i> . CURITIBA, 2019.....	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - SINAIS E SINTOMAS MAIS PREVALENTES EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS DIMENSÕES DO CUIDADO.....	38
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- LIVRO/MANUAL UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA BASE TEÓRICA DO <i>APP</i>	47
QUADRO 2- ARTIGOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA BASE TEÓRICA DO <i>APP</i>	48
QUADRO 3- SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS NECESSIDADES: PSICOBIOLOGICAS, PSICOSSOCIAIS, PSICOESPIRITUAIS.....	55
QUADRO 4 - ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES.....	56
QUADRO 5 - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES.....	56
QUADRO 6 - ASPECTOS PSICOESPIRITUAIS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES.....	57

LISTA DE SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

ANCINE – Agência Nacional do Cinema

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

CAM – *Confusion Assessment Method*

CAS – *Constipation Assessment Scale*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN/SC – Conselho Federal de Enfermagem

CHC – Complexo Hospital De Clínicas

CMF – Clínica Médica Feminina

CMM – Clínica Médica Masculina

CP – Cuidados Paliativos

DAV- Diretivas Antecipadas de Vontade

EAV – Escala Visual Analógica

EVN – Escala Verbal Numérica

ESAS – *Edmonton Symptom Assesment*

ECG – *Escalas de Coma de Glasgow*

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IASP – International Association for the Study of Pain

LR – Leitos de Retaguarda

LPP – Lesão Por Pressão

ME – Morte Encefálica

NCP – *National Consensus Project*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

PPS – *Performance Paliative Scale*

SAE – Sistematização Da Assistência De Enfermagem

SCALE - *Skin Changes at Lifes's End*

SIS – Sistemas de Informação Em Saúde

SBED - Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNICLIN – Unidade de Clínica Médica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

TA – Tecnologias Assistenciais

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO	23
2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem	23
2.2 Processo de Enfermagem	24
2.3 O Raciocínio Clínico e Pensamento Crítico na Avaliação Clínica do Enfermeiro	27
3 CUIDADOS PALIATIVOS	29
3.1 Sobre Cuidados Paliativos	29
3.1.1 A dor e sua multidimensionalidade em pacientes sob cuidados paliativos	31
3.2 Sobre a morte	34
3.3. Avaliando o paciente sob Cuidados Paliativos	36
4 TECNOLOGIA EM SAÚDE	41
5 MÉTODO	43
5.1 Desenho da Pesquisa	43
5.2 Aspectos Éticos	43
5.3 Local da Pesquisa	43
5.4 Cenário da Pesquisa	44
5.5 Participantes da Pesquisa	44
5.6 Protocolo de Pesquisa	45
5.6.1 Desenvolvimento da Pesquisa	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1 Resultados obtidos com os participantes	53
6.1.1 Dos dados de identificação, formação acadêmica e experiência profissional	53
6.1.2 Do conhecimento e prática profissional na avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos	53
6.1.2.1 Dos aspectos considerados na avaliação clínica pelos participantes	54
6.2 Resultados do desenvolvimento da Tecnologia	58
7 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE 1	97
APÊNDICE 2	102
ANEXO 1	104

APRESENTAÇÃO

Minha carreira profissional iniciou em 2012, quando ingressei em um programa de residência multiprofissional em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão-UFMA. Após essa experiência, em 2014 desenvolvi minha atividade profissional em um hospital do interior do Piauí, onde atuei por um período de um ano e meio. Em seguida, aprovada no concurso público da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), fui convocada para iniciar minhas atividades no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR).

A vivência, como enfermeira assistencial no CHC proporcionou o reconhecimento da existência, cada vez maior, de pacientes sem possibilidade de cura. Essa realidade se estabelece não só nas unidades de terapia intensiva, mas também em outras clínicas.

Ao observar a presença desses pacientes nas diversas unidades de internação, também, foi possível verificar a inexistência de instrumentos que auxiliassem o enfermeiro na avaliação clínica desses pacientes. Dessa forma, surgiu o interesse de ingressar em um programa de pós-graduação, com o objetivo de desenvolver um instrumento que pudesse guiar os enfermeiros na avaliação clínica de pacientes em Cuidados Paliativos.

Assim, em 2017 iniciei os estudos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Paraná, para cursar o Mestrado, inicialmente, com a proposta de implementar um instrumento, já validado, para a avaliação dos pacientes em Cuidados Paliativos. Contudo, após inúmeras reuniões com minha orientadora e, minha inserção no Grupo de Pesquisa de Tecnologia e Inovação em Saúde (TIS), decidiu-se por entrar em um Projeto de Pesquisa temático, que tem como objeto de estudo, avaliação clínica do enfermeiro, do qual minha orientadora já vinha desenvolvendo.

Dessa forma, surge como proposta de pesquisa para desenvolver a dissertação, a criação de uma tecnologia assistencial para avaliação clínica do paciente sob Cuidados Paliativos. Nesse sentido, pretende-se com essa avaliação identificar os aspectos fundamentais para a avaliação clínica desses pacientes.

1 INTRODUÇÃO

O progressivo envelhecimento da população, bem como o aumento de doenças crônicas como o câncer, estimula a sociedade a buscar novas terapêuticas que permitam dar nova chance a pacientes com doenças sem prognóstico de recuperação da saúde (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Assim, a inexistência da cura de algumas doenças proporcionou a criação de uma prática interdisciplinar voltada para o conforto do paciente que vivencia o processo de morte e morrer. Esta, por sua vez, envolve o paciente e sua família em ações que buscam integrar aspectos emocionais, sociais, espirituais e culturais para a obtenção da qualidade de vida diante da condição de terminalidade. Tal prática, denominada de Cuidados Paliativos (CP), foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como,

[...] uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2017).

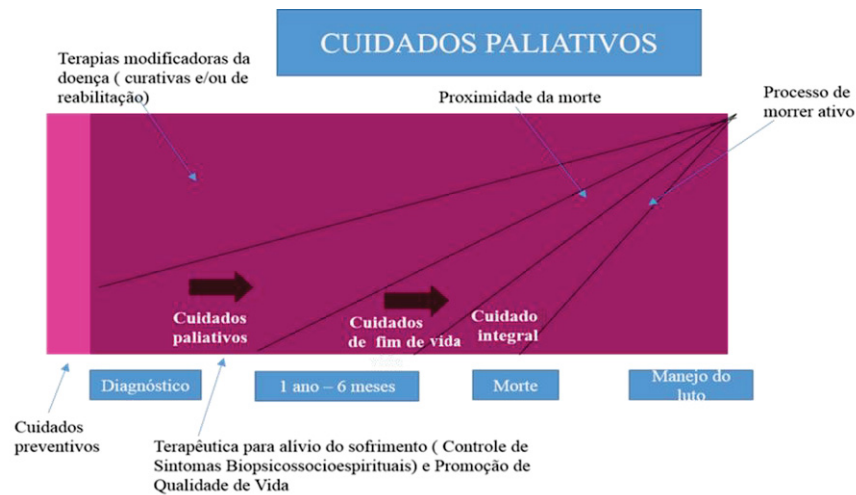
O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer no Brasil (INCA, 2017). Além disso, as projeções para saúde indicam que em 2020 aproximadamente 80% das doenças, dos países em desenvolvimento, caracterizarão doenças crônicas. O aumento e a característica da cronicidade das doenças fazem com que os indivíduos careçam de cuidados permanentes. Esses cuidados devem estar ajustados às necessidades individuais e, fortemente voltados para a prevenção do sofrimento e para a implementação de medidas precoces. Dessa forma, poderá se manter a vida da pessoa com dignidade, o que vem ao encontro das discussões sobre o conceito de CP (OMS, 2015).

Seguindo recomendações da OMS, os CP devem ser iniciados no momento do estabelecimento do diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura. O diagnóstico deve ser definido por uma equipe interdisciplinar em saúde e, para sua realização deve-se observar o curso da doença, o momento da regressão da terapia curativista e o início da terapêutica paliativista (WHO, 2017).

Para o INCA, ainda que inicialmente o tratamento utilizado tenha o objetivo de cura, a abordagem paliativa deve envolver os aspectos psicológicos, sociais e espirituais e, na fase

terminal, o tratamento deve estar essencialmente voltado para fornecer qualidade de vida, conforto e dignidade. Dessa forma, pode-se observar a mudança do cuidado com base na alteração do objetivo do tratamento (FIGURA 1), lembrando que esta mudança é um processo contínuo e individual (INCA, 2018).

FIGURA 1- CUIDADOS NOS DISTINTOS CICLOS DE VIDA DE UM PACIENTE



FONTE: Adaptada de SILVA; SILVA (2019).

Mas vale ressaltar que em relação à prática dos CP, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), respectivamente, criaram as Resoluções 1995/2012 e 564/2017, esta última aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) do paciente. Essas resoluções deliberam que o paciente pode decidir ou comunicar seus desejos/decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ter, devendo o profissional levar em conta e registrar as DAV em prontuário. Porém, “no Brasil ainda não há legislação específica para as diretivas antecipadas de vontade, e desde a Resolução 1.995/2012 do CFM, as discussões ocorrem informalmente de forma discreta entre grupos de profissionais” (HASSEGAWA et al., 2019, p. 267).

Contrapondo essa nova perspectiva assistencial, profissionais de saúde desenvolveram sentimentos de impotência e fracasso, evidência que pode estar associada ao fato dos mesmos, historicamente, terem a formação baseada na medicina curativa, o que por muitas vezes não os permitem pensar em outras formas de promover o cuidado. Somando-se a isso, é notável que a dificuldade de acesso aos opióides e a escassez de serviços e programas especializados em CP, influenciam negativamente na prática do paliativismo (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Tal fato pode estar relacionado à prorrogação na criação de uma política que abraçasse tais cuidados, pois apenas em outubro de 2018, por meio da Resolução nº 41 que as diretrizes para a organização dos CP foram criadas. Essa resolução dispõe que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados oferecidos no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Ainda assim, a compreensão do término da vida é o primeiro passo para que o profissional possa entender e desenvolver CP. No entanto, a enfermagem por estar em contato contínuo com o paciente, traz a perspectiva de finitude para si, prejudicando seu julgamento em relação ao efeito do cuidado realizado e, conseqüentemente, a não utilização de cuidados específicos ou o uso de tecnologias desnecessárias (SANTANA et al., 2017).

No desenvolvimento de suas ações, a enfermagem tem como um de seus grandes desafios, tentar unir a arte e a ciência de tal forma que o cuidado possa refletir a individualidade, a escolha, a dignidade e a compaixão nos diferentes ambientes em que este seja realizado (SILVA; MEDEIROS; NÓBREGA, 2019).

Com o objetivo de diminuir a carência no conhecimento diante da impossibilidade de cura, o desenvolvimento do aperfeiçoamento profissional por formação adequada e a constante educação continuada permite que os profissionais de saúde estejam mais preparados para lidar com o contexto do adoecimento, luto e morte. Isso, resulta na melhoria da assistência ao paciente e a família no processo de morrer (BRAZ; FRANCO, 2017).

Salienta-se que apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento são eminentemente ativos, visto que são cuidados desenvolvidos por uma equipe multiprofissional que objetiva a melhora na qualidade de vida do paciente/familiar com doenças em fase avançada, como o câncer (GONÇALVES et al., 2016).

Diante disso, na realização de seus cuidados como participante dessa equipe multiprofissional, a Enfermagem deve utilizar-se do Processo de Enfermagem (PE), para proporcionar cuidado planejado individualmente, levando em consideração todas as dimensões humanas – física, psicológica, social e espiritual (SILVA; MEDEIROS; NÓBREGA, 2019).

O PE vem sendo utilizado como método para sistematizar e favorecer um ambiente onde o cuidado planejado seja planejado de forma individual. O processo pressupõe a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e, no conhecimento técnico-científico da área. Com o processo de enfermagem, o enfermeiro torna-se mais próximo do paciente, da família e comunidade, bem

como de toda a equipe, pois passa a conhecer melhor as necessidades do paciente, sistematiza os resultados do cuidado planejado e propõe novas estratégias para a sua continuidade (BARROS, 2016).

No Brasil, o emprego do PE foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. O COFEN (2009) organizou o PE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), II – Diagnóstico de Enfermagem, III – Planejamento de Enfermagem, IV – Implementação, V – Avaliação de Enfermagem. Contudo, esse processo deve estar alicerçado em uma teoria, que conduza os enfermeiros aos resultados esperados.

Considera-se, que a primeira etapa desse processo se caracteriza pela avaliação clínica do paciente, incluindo o histórico/anamnese e o exame físico. É nessa etapa que o enfermeiro realiza a interpretação e o agrupamento dos dados, os quais auxiliam na tomada de decisão para o planejamento do cuidado. Para a investigação e identificação dos principais problemas e necessidades do paciente, Tannure e Pinheiro (2010) descrevem cinco passos a serem seguidos, a saber: coleta de dados; validação dos dados; agrupamento dos dados; identificação de padrões; comunicação e registro dos dados.

O exame físico inclui: mensuração dos sinais vitais, estatura, perímetros, além das quatro técnicas propedêuticas – inspeção, palpação, percussão e ausculta. Os dados obtidos por esse exame serão capazes de identificar sinais dos inúmeros sistemas biológicos, o que demonstra, perfeitamente, o modelo biomédico de avaliação (BARROS, 2016).

Esse modelo de avaliação biomédica, já está consolidado no processo de trabalho do profissional médico. No entanto, para o processo de trabalho do enfermeiro, pelo número de pacientes sob seus cuidados e de procedimentos realizados, esse modelo parece inviabilizar a avaliação clínica diária de pacientes por esse profissional.

Para Barros (2016), as dificuldades relatadas pelo enfermeiro no momento da construção dos diagnósticos, segunda etapa do PE, estão relacionadas à existência de lacunas entre a coleta de dados e os diagnósticos de enfermagem, fato justificado pela ausência de instrumentos adequados que facilitem essa coleta na prática clínica. A avaliação clínica do enfermeiro deve ser realizada de forma detalhada e específica. Entretanto, para que essa não demande tempo demasiado e dificulte o seu processo de trabalho, tem-se a opção de se utilizar Tecnologias Assistenciais (TA) que abordem os tópicos essenciais para a avaliação, dinamizando esse processo (RÊGO; SANTOS; SANTOS, 2014).

Vale destacar, ainda, que a identificação precisa dos sinais e sintomas de um paciente, não representa o cuidar em sua totalidade. O enfermeiro necessita ir muito além, principalmente quando se assiste uma pessoa que está morrendo. Por isso, é necessário estar disposto a conhecer e respeitar os valores pessoais, psicológicos, sociais, espirituais e culturais tanto do paciente quanto de sua família (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Desse modo, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de uma TA, que direcione o enfermeiro na avaliação diária do paciente em CP, devendo esta considerar as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais em que esse paciente está inserido. Essa tecnologia caracteriza-se como um instrumento para guiar o profissional na obtenção de informações essenciais, visando a construção de diagnósticos acurados e de intervenções essenciais, por meio do PE, favorecendo a prática clínica.

Assim, emerge como questão norteadora da pesquisa: A implementação de uma tecnologia assistencial para avaliação clínica, específica do enfermeiro, contribui para o desenvolvimento do PE no planejamento do cuidado ao paciente paliativo?

Com a intenção de sistematizar a assistência de enfermagem no atendimento à pacientes em CP, esta pesquisa teve como **objetivo** “desenvolver um aplicativo para a avaliação clínica do paciente sob Cuidados Paliativos”. Acredita-se, que tal propósito possa auxiliar o enfermeiro no planejamento do cuidado e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada, proporcionando tanto o aperfeiçoamento profissional como a promoção do princípio fundamental que constitui os CP.

2 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

Este capítulo apresenta as definições acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o reconhecimento do Processo de Enfermagem como um método sistemático de cuidar, bem como a utilização do Raciocínio Clínico e Pensamento Crítico na Avaliação Clínica do Enfermeiro.

2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada uma metodologia de organização e, foi introduzida nos cursos de Enfermagem, no início das décadas de 1920 e 30. Ressalta-se que essa metodologia, também serve para o planejamento e execução de ações sistematizadas (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

Há tempos tem-se afirmado, como um exemplo da sistematização da assistência, o processo de cuidar em enfermagem, isto é, o PE. Esse processo deveria ser o alicerce de conhecimento e, da prática profissional, envolvendo o ensino, a assistência, a pesquisa e a gestão (GARCIA, 2016).

Ao analisar a dimensão assistencial da prática, reconhece-se uma gama de situações vivenciadas no cuidado que exigem a organização da assistência. Entretanto, ainda assim, não existe consenso no meio profissional para a execução dessas ações. Logo, não estão efetivamente consolidadas nas instituições onde é realizado o cuidado de enfermagem (GARCIA, 2016).

A construção da SAE, é mais do que uma conquista de conhecimento da Enfermagem, representa um desafio gerencial, visto que é necessária a criação de ações inovadoras que estimulem os profissionais envolvidos no PE, a alcançarem a excelência no cuidado (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

Assim, a consolidação da SAE está diretamente relacionada ao desenvolvimento do PE, pois esse processo promove qualidade ao cuidado realizado, tornando mais rápida a recuperação e, conseqüentemente, reduzindo o tempo de internação hospitalar (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015). Enquanto processo organizacional, a SAE fornece base para o desenvolvimento de métodos humanizados e interdisciplinares para a realização do cuidado. Pode-se entender que a SAE, em outras palavras, é a organização do trabalho de Enfermagem, (SANTOS, 2014).

Logo, o objetivo de se ter a SAE, nas instituições hospitalares no Brasil é organizar o serviço, por meio de um método sistemático (SANTOS, 2014). Mas, é importante destacar que as bases legais para a consolidação da SAE, estão correlacionadas diretamente à Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao exercício profissional da Enfermagem, mais especificamente do enfermeiro, constituindo-se como uma de suas atividades privativas.

É imprescindível que esse profissional ao entrar em um serviço de saúde, conheça o modelo de assistência adotado, assim como as competências necessárias para sua execução. É necessário também que esse observe atentamente as atividades desenvolvidas pela sua equipe e, dessa forma, o mesmo será capaz de exercer suas funções sem colocar em risco o paciente assistido (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

De acordo com Oliveira et al. (2015), para que a SAE tenha sucesso na sua implantação, é preciso que a Gestão do Serviço de Enfermagem tenha o interesse em adotar essa sistemática. Esses pesquisadores consideram que, os projetos de implementação da SAE, apresentam bons resultados, principalmente ao se falar em qualidade no cuidado à saúde.

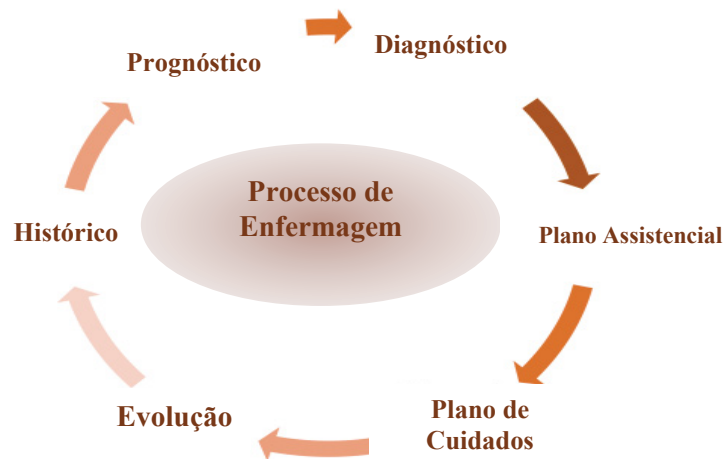
Portanto, é importante compreender que a SAE representa uma conquista para a enfermagem e, não deve ser vista como um processo simplesmente normativo (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015). Essa forma sistematizada de guiar o cuidado implica na superação do conformismo, fragmentação e burocratização do cuidar (OLIVEIRA et al., 2015).

2.2 Processo de Enfermagem

Com a evolução da sociedade, a Enfermagem sentiu necessidade de aperfeiçoar sua prática. Para tanto, houve o desenvolvimento de um método de cuidar sistemático e individualizado, atendendo as necessidades individuais do paciente, denominado de PE.

Para Santos (2014), o PE caracteriza-se como uma metodologia de trabalho mais conhecida no mundo, favorecendo a troca de informações entre os profissionais de enfermagem nos diferentes contextos institucionais. Contudo, diversos acontecimentos surgiram, para que o PE fosse consolidado, conforme mostra a FIGURA 2.

FIGURA 2 - FATOS QUE CONSOLIDARAM O PROCESSO DE ENFERMAGEM



FONTE: Adaptado de HORTA (1974); HERMIDA (2007).

Destaca-se, ainda, que na década de 70 houve a necessidade de as enfermeiras, desenvolverem teorias de enfermagem que proporcionassem o reconhecimento da enfermagem como uma profissão. Na mesma década, o PE já praticado nos Estados Unidos e Inglaterra, chega ao Brasil e, é utilizado por Wanda de Aguiar Horta para a construção de sua teoria (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

O COFEN, por meio da Resolução 358/2009 estabelece a SAE, bem como a implementação do PE nos ambientes públicos ou privados em que os cuidados de enfermagem são realizados. Essa resolução define ainda as cinco etapas inter-relacionadas do PE:

- **Coleta de dados de Enfermagem** (ou Histórico de Enfermagem): A finalidade dessa etapa consiste na obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana

(COFEN, 2009). Para Horta (1979), o histórico de enfermagem, corresponde ao levantamento, avaliação e investigação do paciente, por meio de um roteiro sistematizado que serve para a coleta e análise dos dados, favorecendo a identificação dos problemas.

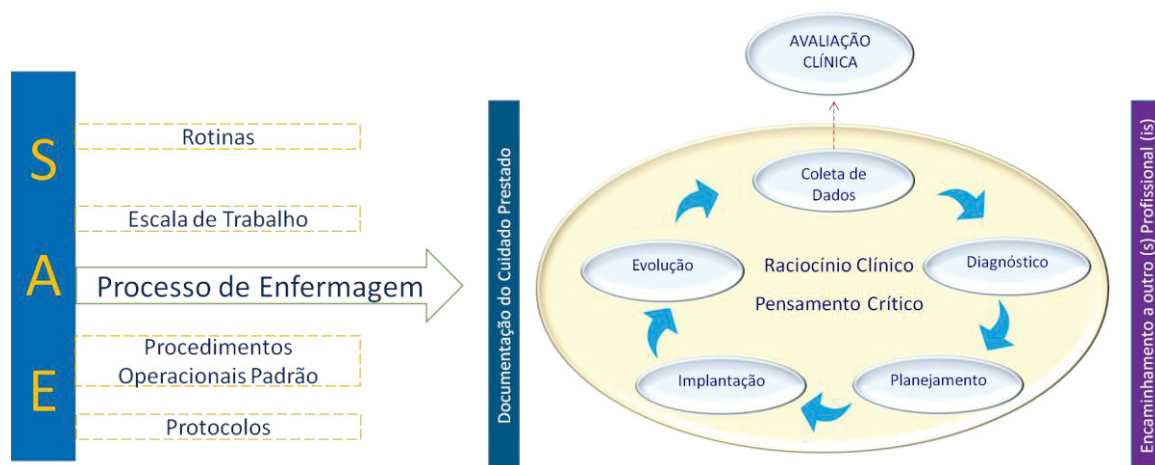
- **Diagnóstico de Enfermagem:** constitui um processo, que visa interpretar os dados obtidos no Histórico de Enfermagem. Nessa fase há a definição de diagnósticos de Enfermagem que representam as respostas da pessoa, família ou coletividade humana no processo de doença (COFEN, 2009). No diagnóstico de Enfermagem existe a identificação das necessidades do paciente, bem como a determinação, pelo enfermeiro, do nível de dependência desse indivíduo (HORTA, 1979).
- **Planejamento:** fase onde são elaborados os resultados que se deseja alcançar e as intervenções que serão realizadas. Essas ações serão elaboradas conforme as respostas apresentadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009).
- **Implementação:** fase de execução das ações construídas durante a etapa do Planejamento de Enfermagem (COFEN, 2009).
- **Avaliação de Enfermagem:** representa um processo deliberado, sistemático e contínuo, que tem por objetivo observar as mudanças nas respostas encontradas e verificar se as intervenções realizadas alcançaram o resultado esperado, além de averiguar a necessidade de alteração ou adaptações do PE (COFEN, 2009). Nesta pesquisa, denominada “evolução clínica”.

Assim como as etapas do PE, as necessidades dos pacientes estão inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. Esse enfoque holístico assegura que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença (HORTA, 1979; ALFAVARO LE-FEVRE, 2014).

Portanto, o PE é o método científico que o enfermeiro utiliza para organizar seu conhecimento e sua prática, implicando em uma abordagem sistematizada e norteada pelo pensamento crítico. Ainda, é considerado, cíclico, dinâmico e reflexivo, com foco em resultados e baseado em evidências, para auxiliar o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado ao paciente (ALMEIDA et al., 2011).

Nesta pesquisa trataremos o PE como um elemento da SAE, desenvolvido em cinco etapas, utilizando-se do pensamento crítico e raciocínio clínico para a avaliação clínica do paciente, assim como para avançar as próximas etapas, conforme mostra a FIGURA 3.

FIGURA 3- O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO ELEMENTO DA SAE E, AS ETAPAS CONSIDERADAS NESTA PESQUISA



FONTE: Adaptado do COFEN (2009).

2.3 O Raciocínio Clínico e Pensamento Crítico na Avaliação Clínica do Enfermeiro

Para compreendermos o raciocínio clínico e o pensamento crítico é necessário primeiramente conceituá-los. O raciocínio clínico, para os profissionais de saúde, consiste em obter e interpretar dados, que servirão de base para sustentar intervenções que proporcionarão melhoria na qualidade assistencial (ARAGÃO; ALMEIDA, 2017).

Ao utilizar o raciocínio clínico, o profissional realiza conexão entre os processos mentais, valendo-se da razão para o desenvolvimento de processos terapêuticos (CERULLO; CRUZ, 2010). Para o enfermeiro atingir o raciocínio clínico, no cuidado de pacientes críticos, utiliza estratégias, como: relação enfermeiro/cliente e envolvimento da família; competências de negociação e compromisso; competências crítico-reflexivas; intuição; reconhecimento de situações semelhantes e testes de hipótese (MENDONÇA; BASTOS; RAMO, 2016). Contudo, não só os enfermeiros que trabalham com pacientes críticos, como também os enfermeiros das demais especialidades podem fazer uso destes mecanismos para chegarem ao raciocínio clínico e melhorar, consideravelmente, a qualidade do cuidado prestado.

Na prática profissional, observa-se que o enfermeiro se utiliza do raciocínio clínico para o PE, em especial, nas duas primeiras etapas. Na primeira, coleta de dados, o enfermeiro avalia a resposta do indivíduo e sua família, diante de eventuais patologias e, na segunda, realiza o julgamento dessas informações, determinando os diagnósticos, seguidos das intervenções de cuidado (NETO et al., 2015).

O raciocínio clínico possui sua base na relação que o profissional tem com o cliente. Nesse aspecto, observa-se a importância da participação do familiar como facilitador de informações relevantes para determinar as condições clínicas do doente (ELLIOT, 2010).

No desenvolvimento do pensamento crítico, o profissional necessita de capacidade cognitiva superior, que o leva a identificar o problema e solucioná-lo. Esse pensamento considera diversos fatores que podem estar conectados à origem do problema (ARAGÃO; ALMEIDA, 2017). Acredita-se que o pensamento crítico permite desenvolver estratégias que facilitem o alcance do raciocínio clínico, o qual é alicerçado ao conhecimento dos fatos e do meio onde está sendo desenvolvido (CERULLO; CRUZ, 2010).

Dessa maneira, compreende-se a necessidade de investimento para o desenvolvimento do raciocínio clínico, na formação dos profissionais de saúde. Isso pode motivá-los na busca do aperfeiçoamento profissional, tornando-os capazes de desenvolver o pensamento crítico que os permita adaptarem-se às diversas situações, mediante as melhores soluções para o paciente e sua equipe (ARAGÃO; ALMEIDA, 2017). Pelo significado e importância desses termos para área da saúde, considera-se o desenvolvimento do raciocínio clínico e do pensamento crítico do enfermeiro, fundamental para o planejamento da assistência.

3 CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo trata de temas pertinentes a esta pesquisa, a saber: Cuidados Paliativos, Morte e Avaliação clínica de pacientes em CP.

3.1 Sobre Cuidados Paliativos

O termo “paliativo” remete a cuidado e atenção, originário do latim *pallium*, significa manto ou coberta (PESSINI, 2007). Seus princípios estão pautados na ideia de que a cura ou o controle da doença não são mais possíveis. Porém, muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, como o cuidado integral com prioridade no controle de sintomas de desconforto e sofrimento, que podem ocorrer durante o diagnóstico e tratamento de uma doença grave, como o câncer (MATSUMOTO, 2012).

O marco histórico dos CP foi evidenciado pelo trabalho desenvolvido pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders em 1947. Ao conhecer David Tasma, um paciente de 40 anos com diagnóstico de carcinoma retal inoperável, Saunders foi desafiada a entender melhor o controle da dor e demais sintomas que afetavam a vida de David. Esse fato resultou na criação do 1º *Hospice* da nova era moderna em 1967, na cidade de Londres, denominado o *St. Christopher's Hospice* (SYKES; EDMONDS; WILES, 2004).

Porém, o termo *Hospice* teve sua origem no início da era cristã, quando houve a disseminação do cristianismo por toda Europa. Nesse período surgem instituições que tinham a finalidade de ajudar as pessoas que estavam em processo de morte. Nesse caso, incluíam os desprotegidos, doentes e moribundos e, todas essas ações estavam ligadas à execução do compromisso cristão (SYKES; EDMONDS; WILES 2004).

Contudo, muitos profissionais de diversos países, passaram períodos de aprendizagem no *St. Christopher's Hospice* e puderam compartilhar a prática dos CP em seus países. Em 1970, após o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross o movimento *Hospice* ganhou grande reconhecimento nos Estados Unidos (MATSUMOTO, 2012). Deve-se lembrar que a psiquiatra Klüber-Ross instituiu a tanatologia como o estudo da morte, considerando esta, como parte significativa da existência humana (KOVÁCS, 2014). Klüber-Ross, também, ficou muito conhecida pela definição dos cinco estágios apresentados

pelo paciente, ao receber o diagnóstico de doença com prognóstico reservado, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KOVÁCS, 2014).

Por volta de 1982, a OMS através da formação de um grupo de pesquisa junto ao Comitê de Câncer definiu para pacientes com câncer, as políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice*. Essas definições foram recomendadas para todos os países (MACIEL, 2008). Em 1990, a OMS define pela primeira vez o conceito de CP como: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do CP é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”, lembrando que esse conceito foi redefinido e substituído pelo atual (WHO, 1990).

Atualmente, para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os CP estão baseados em princípios e não em protocolos. Desse modo, fala-se em doenças que ameaçam a vida e as ações que se expandem desde o diagnóstico até o período do luto, com suporte essencial a família, que agora é vista como um ser ativo no cuidado. Esses cuidados também se expandem para o espiritual, o que permite visão generalizada das necessidades do ser humano (MATSUMOTO, 2012).

Os princípios anteriormente mencionados foram publicados em 1986 e reafirmados em 2002 pela OMS, sendo: promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; intervir nos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer suporte aos familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; possuir uma abordagem multiprofissional com o acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida; ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida (MATSUMOTO, 2012).

Mas, apesar de anualmente, mais de 100 milhões de pessoas receberem CP, menos de 8% destes realmente recebem o devido cuidado. Isso pode estar relacionado, ainda, ao despreparo dos profissionais para trabalharem com esse tipo de cuidado e, na dificuldade ao acesso as drogas para o alívio da dor (WPCA, 2014).

Em 2010, o *Economist Intelligence Unit*, comissionado pela *Lien Foundation*, ordenou um índice de qualidade de morte e publicou um relatório que quantificou a assistência desenvolvida no final de vida em 40 países. Para construção dessa lista foram considerados os aspectos éticos e sociais que estavam relacionados ao processo de morrer, além do local da assistência em saúde, disponibilidade de cuidados, custos e qualidade. Nesse

relatório o Brasil aparece em 38ª posição em qualidade de morte. Entretanto, em 2015, no segundo relatório publicado, onde foram quantificados 80 países, o Brasil passou a ocupar a 42ª posição. Ressalta-se que nos dois relatórios publicado o Reino Unido aparece no topo dos países com melhor qualidade de morte (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2016).

No Brasil, os CP apenas começaram a ser discutido em 1980 e, as discussões a respeito dessa nova temática só ganharam realmente força a partir de 2002, com a consolidação dos antigos serviços e o surgimento de outros (MATSUMOTO, 2012).

Ainda no contexto nacional, em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), representando um salto significativo no reconhecimento dessa prática no país. Essa associação foi criada por profissionais que já desenvolviam as ações paliativas e, divulgavam a filosofia desses cuidados para aprimorar o conhecimento e difundi-lo tanto na internação, atendimento ambulatorial, quanto domiciliar (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro, que estabelece o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Tal portaria, teve como objetivo criar uma nova cultura assistencial para a dor e CP, além de seguir medidas que possibilitem, no âmbito do sistema de saúde do país, uma abordagem multidisciplinar, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, familiares, sociais, religiosos, éticos, filosóficos do paciente, seus familiares, cuidadores e equipe de saúde (BRASIL, 2002).

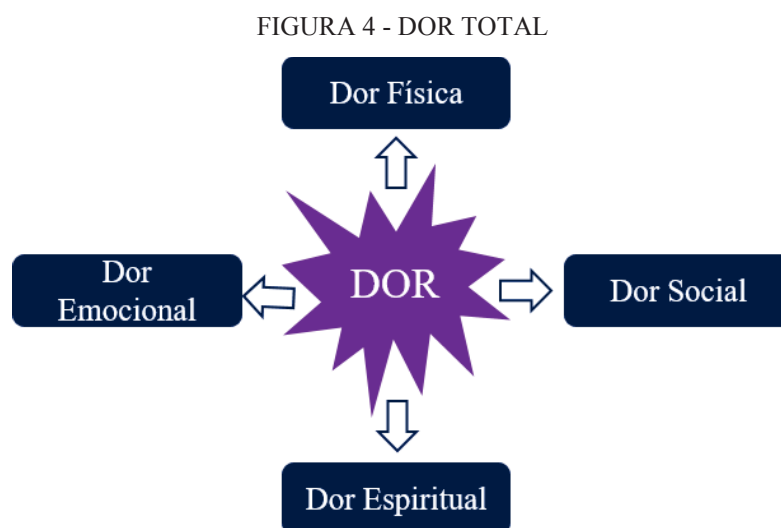
Além disso, quando falamos em desenvolvimento de conhecimento a respeito dessa temática no Brasil, o estudo de Nickel et al. (2016) indica a existência de 16 grupos, de pesquisa, ativos e devidamente cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desses, 44% estão alocados na região sudeste, seguido de 37% na região nordeste. A região norte não apresentou nenhum grupo de pesquisa cadastrado, talvez relacionado a divergência na própria distribuição de incentivos financeiros à pesquisa, caracterizando a desigualdade na distribuição desses grupos. Mas, é através desses grupos de pesquisas que novas políticas de incentivo ao alívio da dor e qualidade de vida no processo de morte são criadas (NICKEL et al., 2016).

3.1.1 A dor e sua multidimensionalidade em pacientes sob cuidados paliativos

O conceito mais atual de dor aceito pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), define dor como uma “experiência angustiada associada a danos teciduais reais ou potenciais, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais” (WILLIAMS; &

CRAIG, 2016). De acordo com a nova definição, o conceito de dor torna-se mais extenso, pois descreve a mesma como uma experiência angustiante e perturbadora, reunindo os aspectos emocionais e sensoriais, valorizando os componentes cognitivos e sociais, que se apresentavam ausentes e que agora tornam o conceito de dor mais abrangente (SÁNCHEZ; LARGACHA, 2018).

Cecily Saunders, ainda em 1960, formulou o conceito de dor total, com ênfase nos aspectos físicos e não físicos da dor. Dessa maneira, a dor passou a ser caracterizada como um sofrimento que envolve os componentes físico, social, mental e espiritual, conforme FIGURA 4 (HERNANDÉZ, 2005).



FONTE: Adaptado de AMARAL et al. (2019)

Dessa maneira, considera-se que a dor possui inúmeras dimensões que necessitam ser observadas durante a avaliação clínica do paciente. Por este motivo, desde 1996 a dor foi citada como o quinto sinal vital. Ao considerá-la nessa perspectiva, os profissionais de saúde tornam-se mais atentos para a sua correta identificação, avaliação e tratamento (SBED, 2017).

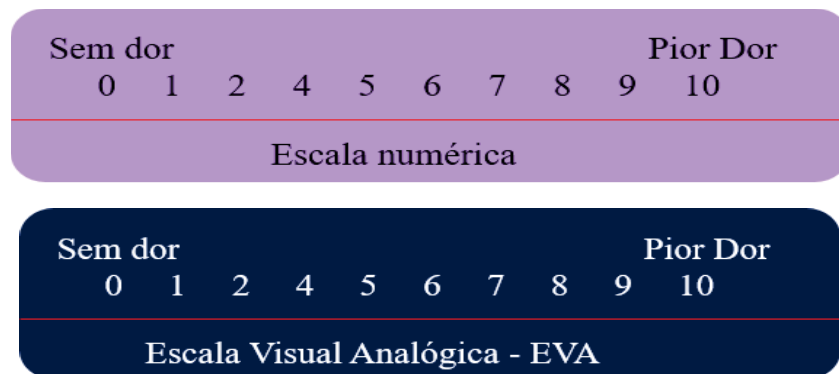
Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro, exerce papel relevante no controle da dor, visto que é capaz de atuar durante a avaliação, tratamento, monitoramento dos resultados das terapias utilizadas e comunicação das informações aos demais membros da equipe de saúde. Contudo, baseado na pesquisa de Queiroz et al. (2015), esses profissionais ainda apresentam conhecimento mínimo quanto às formas de avaliar a dor. Observou-se que estes profissionais ainda não consideram a dor como o quinto sinal vital, não possuindo em sua rotina de trabalho, a avaliação sistemática da mesma em alguns ambientes de cuidado.

Observa-se que a falta de conhecimento adequado e de disponibilidade de mecanismos para mensuração da dor, representam um obstáculo para que a enfermagem desenvolva cuidado de qualidade. Dessa forma, a dor torna-se subestimada pela incapacidade de compreensão de suas dimensões e, diante dos sintomas álgicos, por muitas vezes, utiliza-se apenas terapias farmacológicas que de certa forma afastam a concepção da subjetividade do ser humano (QUEIROZ et al., 2015).

Contudo, no estudo de Oliveira, Palma e Cunha (2016), no que diz respeito à dimensão assistencial à enfermagem, verificou-se a existência de inúmeros instrumentos que os permitem assistir o paciente oncológico com dor, tais como escalas de avaliação da dor, valorização individual da queixa álgica, além da administração dos fármacos, de acordo com a prescrição médica.

Destaca-se que a mensuração é considerada a maneira mais prática de calcular a intensidade da dor, sendo esta evidenciada em um número ou valor. Existem vários métodos para a avaliação da dor, porém nos estudos de Cunha e Rêgo (2015), a escala analógica visual (EAV) e a escala verbal numérica (EVN) (FIGURA 5) correspondem os métodos mais utilizados quando se fala em mensuração das queixas álgicas.

FIGURA 5- ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: Adaptado de Cunha e Rêgo (2019)

Considera-se que na atenção ao paciente oncológico com dor, ainda que sejam indispensáveis a utilização de todos os recursos como administração de fármacos analgésicos, utilização de técnicas e execução de protocolos, é imprescindível que na realização do cuidar exista o vínculo profissional/paciente, a empatia e o verdadeiro interesse em aliviar, confortar, apoiar, promover, restabelecer e fazer com que este paciente torne-se satisfeito e,

que a vida desse indivíduo não se torne limitada à dor oncológica (OLIVEIRA; PALMA; CUNHA, 2016).

3.2 Sobre a morte

Falar de morte não é simples, pois o fim da vida ainda é um mistério para a maioria das pessoas. Muitas religiões e pensamentos filosóficos acreditam que a morte é a transição de uma vida para outra, mas por mais que se acredite nisso, ainda assim entendê-la como algo natural é um desafio para a humanidade (ALVES; DULCI, 2014).

A morte tem características paradoxais. Se por um lado ela serve de inspiração para os artistas construírem grandes obras, por outro gera dor e sofrimento. Já pela visão do determinismo biológico, a morte é um fenômeno natural, pois aceita-se que todos os seres vivos, nascem, crescem, amadurecem e morrem (VICENSI, 2016).

O medo e pavor da morte também são resultados da divulgação que se estende desde as mídias até os ritos e mitos sociais, que a determinam como algo distante. Entendê-la como parte da vida torna-se algo assustador (ALVES; DULCI, 2014).

Xavier, Miziara e Miziara (2014) consideram que a morte não pode ser vista como um fato isolado e sim como resultado de um processo. Dessa maneira, acredita-se que é durante esse processo que os familiares e o paciente devem buscar a melhor maneira de compreender a finitude humana. Ressalta-se que ao compreender a finitude, não só, os pacientes terminais, como também todos os envolvidos no cuidar, acabam sentindo a presença dessa, em sua vida (VICENSI, 2016).

Poletto, Betinelli e Santin (2016) concluíram que os pacientes mais idosos e que estão conscientes de sua finitude têm consciência de alguns aspectos relacionados a sua trajetória de vida e, atribuem significado diferente a essa etapa. Alguns aceitam esse momento de maneira pacífica, se referindo a conquistas e desejos alcançados em sua vida; outros utilizam desse período para revelarem a seus familiares, atitudes tomadas em momentos de saúde e, que não tiveram coragem de compartilhar. Outros, ainda negam sua finitude pelo medo da morte.

A constatação de finitude também se dar, por vezes, pelo distanciamento do familiar, do trabalho e da vida em sociedade. O doente vivencia de maneira dolorosa o luto de sua própria morte. Existe nesse caso o sentimento de impotência e medo, pois a morte é vista como algo doloroso e que afasta as pessoas que são contagiadas pelo sofrimento desse momento (KOVÁCS, 2014).

Na compreensão da morte como uma fase da vida, entendemos que o estado e a sociedade também são responsáveis pela preservação do indivíduo nesse momento. Essa perspectiva encontra-se na Constituição Federal do Brasil. O artigo 1º apresenta que os Estados, Municípios e Distrito Federal, constituem-se em um Estado Democrático de Direito e, têm como um de seus fundamentos preservar a dignidade humana (BRASIL, 1988).

A consideração legal de morte aceita pelo Ministério da Saúde corresponde a morte encefálica (ME). De acordo com a Resolução 2.173/2017 do CFM, a ME é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida e comprovada. Para a constatação da ME é necessário a realização de alguns procedimentos, nos pacientes em estado de coma não perceptivo e apneia, ainda que não haja condições de doação de órgãos e tecidos.

É válido ressaltar que em virtude das inovações tecnológicas dos últimos tempos, a morte deixa de acontecer nos lares e passa a ocorrer com maior frequência nos hospitais. Isso ocorre porque tanto os familiares como os pacientes acreditam na cura, por mais que essa não seja possível. Dessa forma, a morte passa a ser mais solitária e sofrida e, os pacientes que não conseguem a cura acabam se sentindo perdedores da batalha (KOVÁCS, 2014).

Postergar a morte de um paciente requer conduta médica complexa. É evidente que o ensino médico, assim como de enfermagem, prepara os profissionais para alcançarem, a todo o momento, a vida e, isso, dificulta a aceitação da finitude de uma pessoa sob seus cuidados (POLETTI; BETINELLI; SANTIN, 2016).

Corroborando com os autores acima, Vicensi (2016) relata que o desenvolvimento tecnológico criou na sociedade o mito da imortalidade. Essa esperança gerada fez com que os profissionais julguem de maneira negativa suas habilidades quando perdem seus pacientes. Essa afirmativa se torna mais uma constatação de que os profissionais, não recebem preparação para lidarem com a morte.

Contudo, considera-se que durante a graduação, o futuro profissional detém seus interesses em aprender somente a técnica. Por isso, ao se deparar com situações de morte, acabam entrando em conflito emocional, pois não estão devidamente preparados. Essa realidade pode ser observada em afirmações de profissionais no estudo de Santana et al. (2017), quando referem que não estão preparados para encarar a morte como parte da vida ou, ainda, que os profissionais não aceitam a morte e, fazem tudo o que é possível.

Deve-se primordialmente reconhecer que os profissionais de saúde são seres humanos detentores de emoções. Por isso, o preparo emocional é crucial para lidar com seus sentimentos, tonando-os fortes suficientes para acolherem a família e o paciente em processo

de morte (VICENSI, 2016). Nesse contexto a psiquiatra Kübler-Ross, idealizadora dos princípios dos cuidados paliativos nos Estados Unidos e no mundo, em seu livro *On Death and Dying*, alerta para a necessidade de preparar profissionais de saúde em relação ao entendimento da morte (KÜBLER-ROSS, 2008).

Na tentativa de conservar a vida a qualquer custo, mantém-se a sobrevida com dor e sofrimento, exigindo além dos cuidados envolvidos no tratamento desses pacientes, a compreensão do processo de morte e morrer (ALVES; DULCI, 2014). Assim, o prolongamento da vida desse paciente nas instituições hospitalares, em situação de quase morte, utilizando-se de equipamentos necessários para a manutenção da vida e, que desconfiguram sua imagem corporal, torna-os seres sem expressão emocional e sem dignidade. Essa situação gera nos familiares e na equipe profissional, sentimento de pena e de estresse, que acaba contribuindo para um colapso emocional dos mesmos (KOVÁCS, 2014).

Para Poletto, Betinelli e Santin (2016), um ponto a ser discutido e que interfere na decisão do médico diante da proximidade da morte, é o posicionamento da família. É comum que os familiares não queiram perder seus entes e não compreendam que a morte, por mais dolorosa que seja, é uma realidade para todos. Contudo, é válido ressaltar que a postura do profissional nessa etapa, pode modificar o pensamento desses familiares ajudando-os a superar esse momento da melhor maneira possível.

Acredita-se que para os profissionais que cuidam dos pacientes sem possibilidade de cura, a maior dificuldade não seja em si a iminência da morte, mas se concentra na representação que ela apresenta. Por isso, é imprescindível ressaltar que os cuidados prestados nesse período não negarão a morte, mas certamente servirão para melhorar a qualidade dos últimos momentos de vida (ALVES; DULCI, 2014).

Vicensi (2016) afirma que a realização de cuidados voltados para a promoção do bem-estar e a manutenção da dignidade do ser humano no momento da morte, constitui-se pelo respeito com que o profissional conduz suas ações de saúde. Dessa forma, ao adquirir competência na maneira de assistir o processo de morte o enfermeiro se torna capaz de melhorar a qualidade do cuidado, além de compreender que a morte é um fenômeno natural.

3.3. Avaliando o paciente sob Cuidados Paliativos

Ao refletir sobre os CP na dinâmica profissional da Enfermagem, deve se pensar sempre na operacionalização de todas as etapas do PE, já discutido anteriormente, destacando

a importância da aplicabilidade da primeira e da quinta etapa. Ao utilizar-se da primeira etapa do PE, o histórico de enfermagem/avaliação clínica, o enfermeiro estabelece uma interação com o paciente e sua família. E, por meio dos dados colhidos nessa etapa, esse profissional torna-se capaz de definir diagnósticos precisos e construir planos de cuidado individualizado (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Na quinta etapa, esse profissional avalia os cuidados desenvolvidos, e redimensiona suas ações de acordo com as respostas obtidas dos pacientes e de seus familiares e, dessa maneira os objetivos terapêuticos são alcançados (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Considerando a necessidade de os profissionais de saúde possuírem conhecimento para que possam desenvolver cuidado efetivo, Parker e Hodgkinson (2011), estabeleceram em seus estudos, alguns domínios necessários para a correta avaliação de pacientes em CP, conforme FIGURA 6.

FIGURA 6: DOMÍNIOS PARA AVALIAÇÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS



FONTE: Adaptado de PARKER; HODGKINSON (2011)

Para a Maciel (2012), uma avaliação efetiva que inclua o histórico do paciente e o exame físico, é o ponto de partida para o planejamento dos cuidados e, pode proporcionar uma boa palição dos sintomas. A Sociedade Francesa de Cuidados Paliativos, descreve desde 2000 os sinais e sintomas a serem ponderados na avaliação clínica de pacientes em CP, conforme apresentado na TABELA 1.

TABELA 1- SINAIS E SINTOMAS MAIS PREVALENTES EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS DIMENSÕES DO CUIDADO

Dimensão biológica	Dimensão psicológica	Dimensão social	Dimensão espiritual
Dor física Dispneia Náusea Constipação Diarreia Anorexia Cefaleia Tontura Mialgia Exaustão física Caquexia Fadiga Inapetência	Dor emocional Confusão Mental Insônia Impotência sexual Frigidez Irritabilidade Incapacidade de concentração Preocupação com a sua imagem corporal Raiva Negação Depressão Culpa Ansiedade Tristeza Autopunição Medo	Isolamento social Prejuízo na capacidade de trabalho Mudança nos relacionamentos	Sentimento de descrença Dúvidas acerca da sua fé Barganha Busca pelo significado da vida e da morte

FONTE: Adaptado de SILVA; SILVA (2019).

Essa avaliação, portanto, deve conter elementos que compreendam quem é o paciente, quais as suas preferências, necessidades e dificuldades, suas expectativas e, que permita conhecer a evolução da doença, os tratamentos já realizados, as medicações propostas, as decisões clínicas, sua evolução e prognóstico. Após essa avaliação é necessário que haja o acompanhamento da evolução desse paciente, frente ao tratamento proposto, observando principalmente a avaliação dos sintomas (MACIEL, 2012).

Destaca-se ainda que durante a avaliação/investigação dos sinais e sintomas, o enfermeiro deve estar atento para a intensidade/gravidade, o tipo/descrição do sintoma, a duração, os fatores que exacerbam e o que alivia (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Contudo, um ponto a ser destacado durante a avaliação clínica desse paciente, consiste na observação das suas necessidades. Para enfermagem, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta pode ser o alicerce na identificação dessas necessidades. Para Horta (1974), as necessidades geradas no homem, são caracterizadas por estados de tensão consciente ou inconsciente, que por sua vez, levam esse indivíduo a buscar satisfação de tais necessidades para conseguirem manter o equilíbrio.

Abraham Maslow descreveu há décadas que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto, desenvolvendo a “hierarquia de necessidades de Maslow”, também conhecida como pirâmide de Maslow (MASLOW, 1970) (FIGURA 7). Para ele, é necessário “escalar” uma hierarquia de necessidades para atingir a autorrealização.

FIGURA 7: PIRÂMIDE DA HIERARQUIA DE NECESSIDADES DE MASLOW



FONTE: Adaptado de MASLOW (1970).

De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a enfermagem, na condução da assistência, mantém o respeito, a unicidade e a individualidade de cada pessoa. Dessa maneira, o cuidado é prestado ao homem e não à doença, além de considerar, no momento da realização do cuidado, o indivíduo como parte integrante de uma família e de uma comunidade (HORTA, 1974).

No contexto dos CP, a Enfermagem exerce importante função, identificando sinais e sintomas, auxiliando a equipe multiprofissional no estabelecimento das prioridades do paciente criando vínculo com o familiar, reforçando as orientações clínicas para alcançar os objetivos terapêuticos (FIRMINO, 2012).

Conforme o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, (COREN/SC) (2016), para que haja o adequado manejo dos sintomas é necessário que exista uma apropriada identificação desses. Vale lembrar que existem ferramentas que auxiliam o profissional na avaliação fidedigna desses sintomas, a exemplo, temos as inúmeras escalas utilizadas nos serviços de CP.

Dessa forma, o papel do enfermeiro no tratamento desses sintomas, está vinculado, principalmente à boa identificação, classificação, mensuração quanto à intensidade, localização, fatores desencadeantes e de alívio, além do reconhecimento das características multifatoriais e a influência dos elementos culturais, sociais e espirituais (COREN/SC, 2016).

Nesse sentido, ao avaliar o paciente sob CP, é fundamental o respeito pelos princípios que os norteiam. Observando esse aspecto, durante a avaliação clínica, é possível estabelecer um elo com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Esse vínculo pode ser visto por meio dos aspectos relevantes abordados nos referidos princípios, que consiste em reafirmar a vida e agregar os aspectos psicológicos, psicoespirituais, psicossociais e culturais no cuidado ao paciente sem possibilidade terapêutica (SILVA; SILVA, 2019).

Ao utilizar essa teoria, o profissional é capaz de considerar o ser humano na sua transcendência, ou seja, centraliza suas ações no cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, estabelecendo uma relação/conexão entre o ser que cuida e o ser-cuidado, o que torna essa uma ciência humana apropriada para a Enfermagem (WATSON, 2008).

Outra contribuição dessa teoria para a enfermagem, é a criação do processo *Clinical Caritas*, constituído por elementos derivados da referida teoria, que servem para a efetivação do cuidado transpessoal na prática profissional (WATSON, 2008).

Acredita-se que a maior contribuição dessa teoria para a enfermagem, centraliza-se na sua visão do indivíduo como um corpo-sujeito e, no reconhecimento da Enfermagem como a arte e a ciência do cuidar. Essa teoria incorpora intensamente a dimensão espiritual no processo de cuidar e, tal ação possui valor significativo para o paciente em processo de terminalidade (SILVA; SILVA, 2019).

4 TECNOLOGIA EM SAÚDE

Este capítulo aborda a utilização de tecnologias na área da saúde, bem como, a utilização de aplicativos móveis.

Da relação de trabalho entre o profissional de saúde e o usuário, observa-se a utilização de tecnologias que viabilizam esse processo. Essas tecnologias podem ser consideradas caixas de ferramentas, que englobam saberes com suas finalidades materiais e imateriais (MERHY et al., 2016)

Dessa forma, define-se a primeira caixa de ferramenta, como tecnologias duras. Essas permitem manusear equipamentos que acessam tanto dados físicos, como exames laboratoriais e de imagens que são fundamentais para subsidiar o raciocínio clínico, além de demais equipamentos e medicamentos usados nas intervenções terapêuticas (MERHY et al., 2016).

Já a segunda caixa de ferramentas, tecnologias leves-duras, permitem o desenvolvimento do olhar do trabalhador sobre o usuário. Esse olhar é construído com base em alguns saberes que envolvem a clínica e a epidemiologia e, no trabalho vivo do profissional. Nesse território, existe uma tensão entre a rigidez do trabalho armado e a leveza exigida pelo usuário. Nesse terreno, as ferramentas da primeira caixa são identificadas como atos de saúde. Dessa maneira, existe tanto o predomínio de processos mais estruturados quanto desenvolvimento de processos mais maleáveis e permeáveis (MERHY et al., 2016).

Nessa perspectiva, considera-se a tecnologia leve, como a terceira caixa de ferramentas. Esta permite a produção da relação entre o profissional de saúde e o usuário, utilizando a escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança. Representando um ponto importante na produção do cuidado, os processos produtivos nesse espaço estão vinculados ao relacionamento entre o trabalhador e o usuário (MERHY et al., 2016).

Algumas tecnologias servem para dar suporte à prática profissional e, ao avaliar esse contexto. A enfermagem tem papel expressivo no desenvolvimento destas, principalmente, quanto à implantação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS). É visto que os profissionais ao se utilizar desses SIS, trabalham com conceitos atuais em saúde, que são perfeitamente adaptáveis à realidade (PISSAIA et al., 2017). Vale destacar que a SAE é um exemplo de SIS e, para sua implantação, a equipe de saúde faz uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), utilizando-se da inter-relação das etapas previstas no PE como base (ALVES et al., 2016).

Conforme Pissaia et al. (2017), os enfermeiros ao utilizarem tecnologias para desenvolverem a SAE, estarão utilizando novas metodologias assistenciais para expandirem seu desenvolvimento profissional e favorecerem sua organização.

De acordo com Donovan et al. (2015), o uso de TIC, já é uma realidade na vida da população mundial, pois essas ferramentas digitais são relevantes às necessidades básicas do indivíduo. Na área da saúde, tais tecnologias vincularam-se efetivamente aos processos assistenciais, principalmente pelo advento do uso dos computadores.

Com o advento da informática na área da saúde e, a incorporação de aparelhos modernos nesse campo, foi visível a ocorrência de avanços que impulsionaram o desenvolvimento da ciência na saúde (ROLEAU; GAGNON; CÔTÉ, 2015). Observa-se que, a revolução tecnológica possibilitou o surgimento de novos conhecimentos que foram disponibilizados para coletividade e, tal fato, proporcionou modificações nos diversos modelos de trabalho, inclusive na enfermagem (LADEIRO et al., 2015).

Como um exemplo dessa incorporação tecnológica na área da saúde, temos a utilização de aplicativos móveis, que nos últimos anos, ganharam imensa representatividade nessa área (SILVA; SANTOS, 2014). Esses aplicativos, incluem conteúdos que vão desde sistemas fitness, até o monitoramento e controle de inúmeras doenças. Quanto mais elaborado e fácil de ser manipulado, o aplicativo se torna um instrumento que pode trazer benefícios tanto para o paciente, quanto para o profissional de saúde que o utiliza (TIBES; DIAS; ZEM-MASCARENHAS, 2014).

Acredita-se que a criação de tecnologias inovadoras de cuidado em saúde é destaque no cenário mundial e, tal fato promove melhoria na qualidade da assistência, estimula o raciocínio clínico, condutas baseadas em evidências e, informações rápidas e efetivas para a segurança do paciente (BARROS et al., 2019).

5 MÉTODO

5.1 Desenho da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica aplicada, de produção tecnológica. A pesquisa aplicada tem como objetivo produzir conhecimento para resolver problemas específicos e de interesse local, identificados na prática (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

5.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa está vinculada a um Projeto Temático intitulado “Tecnologias para qualificar e consolidar a sistematização da assistência de enfermagem nos diferentes cenários da prática profissional”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), sob o parecer de Nº 2.947.877 (ANEXO 1), conforme prevê a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Durante todo o desenvolvimento do estudo foram seguidos os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conforme prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi garantida a confidencialidade, o anonimato dos participantes, o sigilo das informações, bem como o uso dos resultados, unicamente para fins de publicação em revistas científicas.

5.3 Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e teve o apoio técnico das empresas Associação Júnior de Desenho Industrial e Associação Júnior de Consultoria em Informática da UFPR.

5.4 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino, especificamente, nas unidades de internação que assistem pacientes em CP. Tal Complexo Hospitalar está classificado como a maior instituição hospitalar do Paraná e o quinto maior, dentre os hospitais universitários, sendo referência em inúmeros serviços de saúde. Sua estrutura física é constituída por 261 consultórios, com o total de 498 leitos ativos, distribuídos em 59 especialidades.

Atualmente atende 411 mil pessoas do Estado do Paraná e outras regiões do Brasil, com média mensal de 1.464 internações e 837 cirurgias, constituindo-se como o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Paraná.

Os pacientes que recebem CP no CHC-UFPR, campo desta pesquisa, são assistidos na Unidade de Clínica Médica (UNICLIN). A UNICLIN, inclui a Clínica Médica Masculina (CMM), Clínica Médica Feminina (CMF) e Leitos de Retaguarda (LR). A Unidade LR, é destinada a pacientes internados em processo de transferência de Unidades de Cuidados Intensivos para enfermarias clínicas.

Cada uma dessas unidades oferece, aproximadamente, 18 leitos com atuação de uma equipe multiprofissional exclusiva para os CP. No entanto, observa-se que em relação aos profissionais de enfermagem, isso não ocorre, sendo que a equipe de enfermagem é comum para todos os pacientes da unidade, independente da sua modalidade terapêutica.

A equipe de Enfermagem da UNICLIN é composta por 18 enfermeiros e aproximadamente 84 técnicos e auxiliares de Enfermagem. O processo de trabalho do enfermeiro, nessa unidade, inclui a avaliação clínica diária dos pacientes, a qual é guiada por meio de um instrumento, do tipo formulário, que auxilia a coleta de dados do paciente para o planejamento do cuidado. No entanto, destaca-se que esse instrumento, não foi desenvolvido valorizando os aspectos peculiares dos CP, tendo em vista que ainda não há uma unidade destinada a pacientes sob esses cuidados.

5.5 Participantes da Pesquisa

Participaram desta pesquisa, enfermeiros que assistem pacientes na UNICLIM, sem possibilidade de cura. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, em função da relevância que eles apresentam em relação ao tema.

Como critérios de inclusão elencaram-se:

- ✓ Atuar como enfermeiro assistencial no campo da pesquisa há no mínimo um ano.

Como critérios de exclusão:

- ✓ Estar afastado das atividades assistenciais no período de coleta de dados.

5.6 Protocolo de Pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa, que propõe a construção de um *app* para o enfermeiro avaliar clinicamente o paciente sob CP, inicialmente optou-se por uma estratégia educacional com o objetivo de alertar os enfermeiros, possíveis participantes da pesquisa, quanto a importância da avaliação clínica diária desses pacientes, assim como aproximá-los do objeto de pesquisa, neste caso, avaliação clínica.

Para tanto, utilizou-se de uma tecnologia educacional, do tipo vídeo em animação 2D, que aborda os aspectos relevantes a serem avaliados na primeira manobra propedêutica do exame físico – INSPEÇÃO.

O vídeo foi produzido por um grupo de mestrandos, incluindo esta pesquisadora, durante a disciplina de Vivências da Prática Profissional de um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional. Produzido a partir de um roteiro, está fundamentado na classificação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Os aspectos a serem avaliados foram: nível de consciência; avaliação da cabeça e pescoço; condições de higiene; dentição; uso de prótese e condições da mucosa oral; condição ventilatória; condições da pele; sinais de febre; sistema vascular; dor; capacidade de deglutição, aceitação da dieta e uso de sondas; eliminações. Essa Tecnologia foi disponibilizada aos enfermeiros da clínica médica pela mídia social – *WhatsApp*. As cenas da versão final do vídeo estão apresentadas na FIGURA 8.

FIGURA 8 – CENAS DO VÍDEO INSPEÇÃO NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

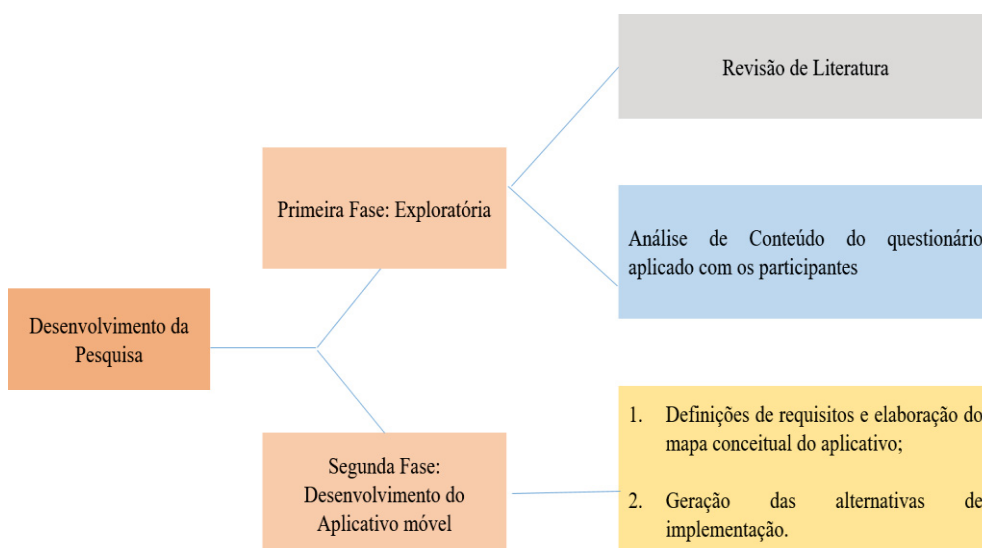


FONTE: Adaptado da AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA - ANCINE

Destaca-se que essa é uma produção registrada na AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA - ANCINE sob o N° B19-000629-00000.

5.6.1 Desenvolvimento da Pesquisa

FIGURA 9: FASES DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA



FONTE: A autora (2019).

a) Primeira Fase: exploratória

Esta fase foi constituída por dois momentos. Inicialmente buscou-se os aspectos necessários para a avaliação clínica do paciente sob CP, por meio de uma revisão de literatura, que se deu nas bases de dados, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *National Library of Medicine-USA (MEDLINE)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e, na literatura cinzenta. Utilizaram-se os descritores: Avaliação em Enfermagem, Cuidados Paliativos, Processo de Enfermagem e Enfermagem Oncológica.

As seleções das publicações incluíram os estudos com ligação direta a temática, disponíveis na íntegra. Foram excluídos relatórios técnicos, monografias, trabalhos de referência e artigos que, após leitura do resumo, não contemplavam o objetivo do estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados. Como resultado, foram encontrados como recursos bibliográficos, livros, artigos e sites institucionais, apresentados nos QUADROS 1 e 2.

QUADRO 1 - LIVRO/MANUAL UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA BASE TEÓRICA DO APP

Livros		
Autores	Título	Ano
SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W.	Enfermagem em Cuidados Paliativos – cuidando para boa morte.	2019
DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R.	Advanced Practice Palliative Nursing (textbook).	2016
BARROS, A. L. B. L.	Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.	2016.
CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A.	Manual de Cuidados Paliativos.	2012
BARROS, K. M.; LEMOS, I. C.	Processo de Enfermagem- Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos.	2017
HORTA, W. A.	Processo de Enfermagem.	1979

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 2 - ARTIGOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA BASE TEÓRICA DO APP

Artigos		
Autores	Título	Ano
MONTEIRO, D.	Tradução e adaptação transcultural do instrumento edmonton symptom assessment system para uso em cuidados paliativos	2012
PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J.	Questionário de dor mcgill: proposta de adaptação para a língua portuguesa	1996
FABBRI, R. M. A. et al.	Validação e confiabilidade da versão em língua portuguesa do confusion assessment method (CAM) para detecção de delirium no idoso	2001
JUNIOR, A. P. N. et al.	Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation/agitation scales among critically ill patients.	2008
SANTOS, E. C.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R.	Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos	2016
MCMILLAN, S. C.; WILLIAMS, F. A.	Validity and reliability of the constipation assessment scale.	1989
ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P	The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand	1983

FONTE: A autora (2019).

Algumas escalas foram obtidas nos sites de origem, como a escala de *Glasgow* e o método PQRST- *Pain Assessment Method*, disponíveis em: <https://www.glasgowcomascale.org/> e <http://www.crozerkeystone.org/healthcare-professionals/nursing/pqrst-pain-assessment-method/>, respectivamente.

No segundo momento da fase exploratória, os participantes da pesquisa foram convidados a responder um questionário (APÊNDICE 2) elaborado pela pesquisadora, o qual teve como objetivo, identificar os aspectos considerados na avaliação diária de pacientes em CP.

A obtenção dos dados junto aos participantes foi realizada individualmente pela própria pesquisadora que aplicou o questionário contemplando dois itens: **a)** dados de identificação, formação acadêmica e experiência profissional; **b)** conhecimento e prática

profissional da avaliação clínica de pacientes em CP. A coleta das informações foi realizada em horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade do participante e, ocorreu na sua unidade de trabalho.

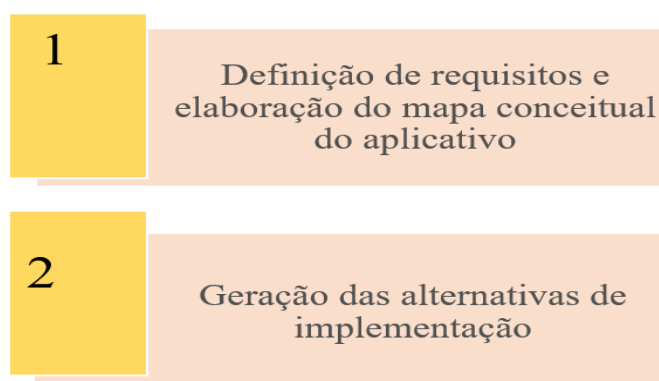
A Análise das informações obtidas quanto aos aspectos avaliados na prática da avaliação clínica em pacientes sob CP, ocorreu a partir da análise de conteúdo proposto Bardin (2010).

A Análise de Conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, na qual se utiliza um procedimento sistemático e objetivo para descrever o conteúdo das mensagens (BARDIN, 2010). Considerou-se, portanto, ser uma técnica apropriada para explorar as informações obtidas do questionário aplicado aos participantes. Para tanto, três etapas para a organização da análise, sugeridas por Bardin (2010) foram utilizadas, a saber: pré-análise: organização do material, exploração do material e, tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

a) Segunda Fase: desenvolvimento da tecnologia assistencial

O modelo metodológico utilizado para a construção das etapas de desenvolvimento do *app*, seguiu o estudo de Vêscovi et al. (2017), que contempla as seguintes etapas de construção tecnológica FIGURA 10.

FIGURA 10 - ETAPAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA



FONTE: Adaptado de VÊSCOVI et al. (2017).

✓ DAS ETAPAS METODOLÓGICAS

PRIMEIRA ETAPA: definição de requisitos e elaboração do mapa conceitual do aplicativo.

Inicialmente definiu-se o tema de pesquisa: avaliação clínica do enfermeiro em paciente sob CP. Em seguida, após reuniões entre pesquisador e orientador, optou-se pelo tipo de software a ser desenvolvido: um aplicativo móvel (*app*), que tem como objetivo auxiliar enfermeiros na avaliação clínica de pacientes sob CP, sendo este uma ferramenta para facilitar a utilização do PE no planejamento do cuidado desses pacientes.

A decisão por esse tipo de tecnologia está diretamente relacionada ao incentivo à produção tecnológica, recebido durante as reuniões do grupo de pesquisa - Tecnologia e Inovação em Saúde (TIS).

Assim, almejou-se criar alternativas de implementação e prototipagem com base na ABNT ISO/TR 16982:2014(16) para as funcionalidades do *app*, disposto em ciclos de *design* interativos, com a utilização de tecnologias livres e abertas sempre que possível.

Para o desenvolvimento desta etapa, utilizaram-se os resultados obtidos na realização da fase exploratória, que foi constituída, tanto da busca na literatura, quanto da vivência dos profissionais que trabalham com os pacientes sob CP. Assim, dispondo desse material, a estrutura de navegação e apresentação do *app* foi desenvolvida.

A princípio, as interfaces desse *app* foram elaboradas no programa *Powerpoint*, para que posteriormente, pudessem ser devidamente programadas pela equipe de *designer*. A interface se relaciona à identidade visual do *software* e pode ser definida como um “conjunto de elementos que apresentam a organização das informações e as ações do usuário” (FALKEMBACH, 2005, p. 6).

Portanto, a base do *app* foi construída pela pesquisadora, que elaborou o *layout* de todas as interfaces, contendo as informações necessárias para o estabelecimento de uma avaliação clínica específica do paciente sob CP. Exemplos das telas estão apresentadas na FIGURA 11.

FIGURA 11 – EXEMPLOS DAS INTERFACES DO APP (PROTÓTIPO) CONSTRUÍDAS PELA PESQUISADORA



FONTE: A autora (2019).

SEGUNDA ETAPA: geração das alternativas de implementação e prototipagem

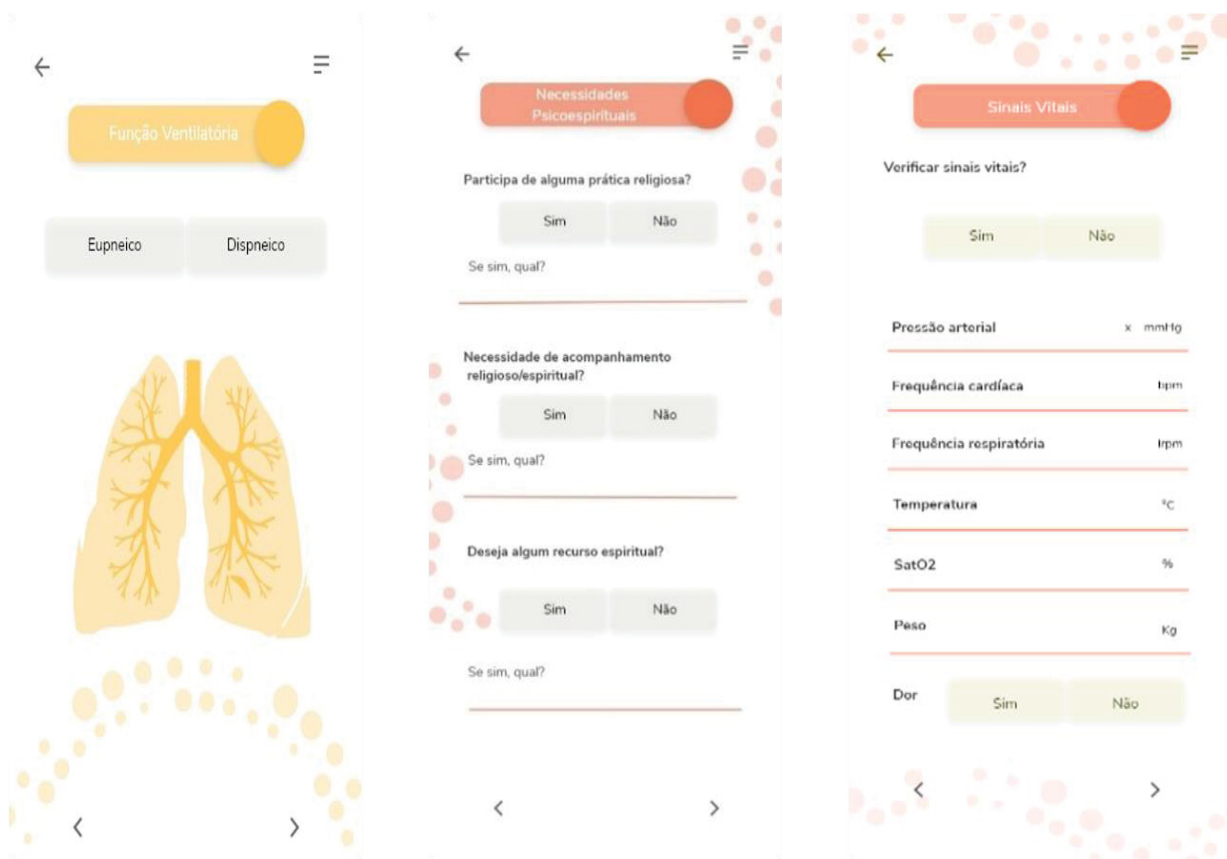
Nessa etapa foi materializada a elaboração da estrutura de navegação e apresentação do app, bem como o *design* de suas interfaces, a partir do planejamento realizado na etapa anterior. O desenvolvimento dessa etapa foi realizado pela empresa Júnior de Designer e, empresa Júnior da Área de Ciência da Computação da Universidade Federal do Paraná (UFPR), devido à especificidade de conhecimento tecnológico exigido para a criação de dispositivos móveis.

O desenvolvimento da interface gráfica do aplicativo iniciou-se a partir da análise das informações apresentadas. Em seguida, o processo de hierarquização dessas informações foi realizado, denominado arquitetura da informação, juntamente com pesquisas sobre experiência do usuário e a interação dele com os botões e disposições do aplicativo. Após toda essa análise técnica decidiu-se iniciar o processo “*Double Diamond*”, que é basicamente um mapa visual simples que auxilia o processo do *designer* a partir de quatro fases, sendo duas de ampliação de visão e duas de seleção: descobrir, definir, desenvolver, entregar.

Esse processo baseou-se em várias metodologias para a melhor aceitação visual do usuário do app, incluindo textos de Gestalt e Leborg. Utilizou-se o software “Adobe XD”

para os protótipos. Dessa forma, as interfaces ganharam novo visual e exemplos podem ser visualizados na FIGURA 12.

FIGURA 12 – APP COM *LAYOUT* E FUNCIONALIDADES FINALIZADAS



FONTE: A autora (2019).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas etapas. Primeiro em relação as informações obtidas dos participantes na fase exploratória. A seguir os resultados do desenvolvimento da tecnologia proposta.

6.1 Resultados obtidos com os participantes

6.1.1 Dos dados de identificação, formação acadêmica e experiência profissional

Doze enfermeiros, que assistem diariamente pacientes sem possibilidade de cura, aceitaram participar da pesquisa. No entanto, quatro foram excluídos por não atenderem o critério: atuar como enfermeiro assistencial na UNICLIN há pelo menos um ano.

Assim, participaram oito enfermeiros que exercem suas atividades na UNICLIN. Destes, 87,5 % (n=7) do sexo feminino e 12,5% (n=1) do sexo masculino, com idade média de 44 anos, mínima de 37 anos e máxima de 52 anos. Dentre esses três solteiros, quatro casados e um divorciado.

Em relação à qualificação profissional, 87,5% (n=7) têm especialização/ residência, 25% (n=2) têm título de mestre e apenas 12,5% (n=1) relatou a graduação como a maior titulação acadêmica. O tempo de experiência profissional variou entre cinco a 27 anos, com média de 14,8 anos.

6.1.2 Do conhecimento e prática profissional na avaliação clínica

Em relação ao seu conhecimento ser adequado para a prática de uma avaliação clínica diária, 75% (n=6) respondeu concordar parcialmente, 12,5% (n=1) totalmente; 12,5% (n=1) discordou parcialmente. Já em relação ao desenvolvimento de uma adequada avaliação clínica diária, 75% (n=6) participantes responderam concordar parcialmente; 12,5% (n=1) totalmente, 12,5% (n=1) discorda parcialmente. Quanto à importância da avaliação clínica para realização do plano diário de cuidado, todos concordaram totalmente.

Com base nos resultados obtidos, observa-se que os participantes acreditam que a execução da avaliação clínica é fundamental para o desenvolvimento do plano de cuidado. Contudo, mais da metade (75%) referem não possuir conhecimento suficiente para desenvolver uma adequada avaliação clínica. Estes resultados mostram a necessidade do desenvolvimento de uma tecnologia, que auxilie os enfermeiros na avaliação clínica diária, incluindo a avaliação de pacientes em CP, intenção desta pesquisa.

Considera-se que a avaliação clínica é um processo, deliberado, sistemático e contínuo e, portanto, deve ser desenvolvido com o suporte de métodos e técnicas variadas, que possibilitem a coleta de informações do paciente para o planejamento do cuidado (COFEN, 2009).

6.1.2.1 Dos aspectos considerados na avaliação clínica pelos participantes

Para análise desses dados utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, conforme já descrito no método.

Pré-análise: organização do material:

Essa fase se caracteriza por um período de intuições, porém tem por finalidade sistematizar as ideias iniciais e torná-las operacionais para guiar a um esquema preciso de desenvolvimento das outras fases, inseridas em um plano de análise (BARDIN, 2010). Três missões contemplam essa fase: 1) a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, neste caso, o questionário aplicado aos enfermeiros que assistem pacientes em CP; 2) a formulação das hipóteses e dos objetivos; 3) a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2010).

A pré-análise, apesar de ter como objetivo, organizar os dados, também é composta por atividades não estruturadas, abertas, em oposição a exploração sistemática dos documentos (BARDIN, 2010).

A exploração do material – constituída pela codificação, classificação e categorização do material.

Nessa fase, após leitura exaustiva do material extraiu-se recortes do texto, que apresentavam informações relacionadas aos objetivos da pesquisa, os quais foram denominadas “unidades de análise”.

As informações foram categorizadas para facilitar a análise do conteúdo. Elencaram-se como categorias os seguintes componentes: necessidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais. A partir dessas categorias foram criadas subcategorias com o objetivo de dar uma abrangência maior as experiências descritas pelos participantes, conforme o QUADRO 3.

QUADRO 3 - SUBCATEGORIAS RELACIONADAS A NECESSIDADES: PSICOBIOLOGICAS, PSICOSSOCIAIS, PSICOESPIRITUAIS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Necessidades psicobiológicas	Avaliação do nível de consciência Avaliação da dor Sono e repouso Mobilidade e locomoção Integridade cutânea e mucosa Função ventilatória Nutrição Eliminações
Necessidade psicossocial	Necessidade de Retaguarda familiar, Necessidade de acompanhamento psicológico, Avaliação do estado emocional,
Necessidade psicoespiritual	Avaliação espiritual

FONTE – Adaptado de HORTA (1979).

Tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação

De acordo com Bardin (2010), é nesta fase que os resultados são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos. Por meio de operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), que fornecem quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensam e ressaltam as informações fornecidas pela análise, o pesquisador pode indicar inferências e adiantar interpretações a respeito dos objetivos propostos, ou a achados imprevistos (BARDIN, 2010).

Descrição Analítica dos dados

Diversos aspectos importantes para a avaliação clínica de pacientes em CP foram descritos pelos participantes, os quais estão apresentados nos quadros 4, 5 e 6, considerando as subcategorias já definidas previamente.

QUADRO 4 - ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES

Subcategoria	Participantes (n8)	%	Descritas pelos enfermeiros/participantes da pesquisa
Avaliação do nível de consciência	01	12,5	Nível de consciência
Avaliação da dor	05	62,5	Controle de dor Dor e desconforto
Sono e repouso	01	12,5	Distúrbio do sono
Mobilidade e locomoção	01	12,5	Déficit motor
Integridade cutânea e mucosa	01	12,5	Alterações da mucosa oral
Função Ventilatória	04	50	Dispneia Desconforto respiratório
Nutrição	02	25	Anorexia Inapetência
Eliminações	03	37,5	Constipação ou diarreia Náuseas/vômito Obstipação Eliminação urinária prejudicada

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 5 - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES

Aspecto	Participantes	%	Descritas pelos enfermeiros/participantes da pesquisa
Necessidade Retaguarda familiar	01	12,5	Desconforto diante da situação familiar
Necessidade de acompanhamento psicológico	04	50	Depressão e ansiedade Ansiedade Depressão
Avaliação do estado emocional	01	12,5	Medo Aspecto emocional do paciente e da família

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 6 - ASPECTOS PSICOESPIRITUAIS A SEREM AVALIADOS NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, DESCRITOS PELOS PARTICIPANTES

Aspecto	Participantes	%	Descritas pelos enfermeiros/participantes da pesquisa
Avaliação espiritual	02	25	Avaliar desconforto diante da situação de morte Medo

FONTE: A autora (2019).

Os resultados apresentados nos quadros apresentados referem-se à descrição dos oito participantes e mostram que, conforme o QUADRO 4, a avaliação da dor é referida pela maioria dos participantes, fato que confirma a realidade dos pacientes sob CP. Vale destacar que, apesar dos aspectos multidimensionais da dor, já apresentados nessa pesquisa, essa foi referida pelos participantes como uma necessidade psicobiológica.

No QUADRO 5, dos aspectos psicossociais descritos, a necessidade de acompanhamento psicológico representou um dado relevante, pois se observa que os profissionais são capazes de atentar para questões que vão além do biológico. Já no QUADRO 6, é possível observar que os enfermeiros ainda não incluíram a avaliação espiritual, como um aspecto importante durante a realização da avaliação clínica nos pacientes sob CP.

Observa-se que o “Medo” foi considerado tanto como uma necessidade psicossocial, como uma necessidade psicoespiritual, afirmando a subjetividade desse sentimento. Três participantes não descreveram aspectos da avaliação clínica relacionados as categorias elencadas. Relataram como alvo da avaliação clínica, a busca do conforto do paciente, o qual foi descrito com as seguintes expressões: a) principalmente o conforto; b) buscar aqueles sinais e/ou sintomas que tragam mais conforto para o paciente; c) atentar para sinais de desconforto.

Dessa forma, a busca pelo conforto foi relatada por 75 % dos participantes dessa pesquisa, considerando que há relatos de conforto citados em diversos aspectos pelos demais participantes, como por exemplo, desconforto respiratório, dor e desconforto e, desconforto diante da situação familiar.

As necessidades psicobiológicas apresentam relativa superioridade em relação às necessidades psicossociais e vantagem significativa no tocantes às necessidades psicoespirituais. Essa relação representa, de certa forma, a maneira como o profissional é

capaz de conduzir uma coleta de dados, durante a realização da avaliação clínica diária. Dessa maneira, entende-se que o alívio dos sintomas biológicos ainda assume prioridade em relação aos demais, mas a observação das necessidades sociais, também é vista como algo essencial e que precisa ser levada em consideração.

Apesar das necessidades psíquicas estarem pouco expressas na descrição dos participantes, esta é considerada por Wanda de Aguiar Horta (1979) como uma Necessidade Humana Básica e, precisa ser observada durante a avaliação clínica desse paciente.

6.2 Resultados do desenvolvimento da Tecnologia

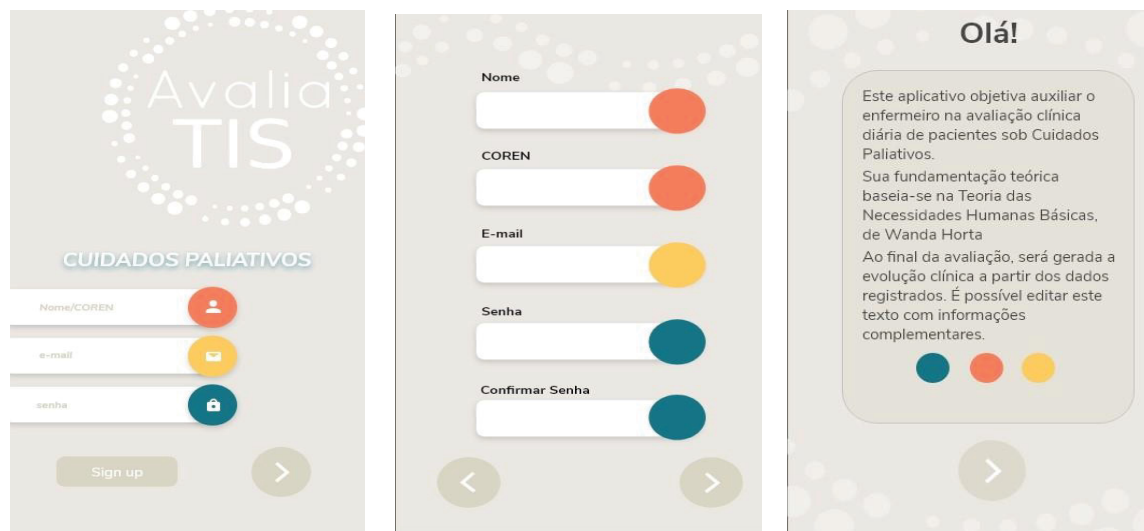
Desenvolveu-se um aplicativo móvel, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta e nos Princípios da Filosofia dos Cuidados Paliativos da OMS, com o objetivo de auxiliar o enfermeiro na realização da avaliação clínica de pacientes em CP, o qual foi denominado "AVALIA TIS - Cuidados Paliativos". Compatível com os dispositivos móveis com Sistema Androide ou IOS, estará disponível para *download* na loja virtual *GooglePlay* e *Appstore* após sua validação.

O aplicativo apresenta oito sessões, a saber: Cadastro/acesso do Usuário; Identificação do paciente; Histórico/Anamnese; Escala ESAS; Escala PPS; Avaliação Clínica; Exames complementares; Impressão de Avaliação anterior.

Para a utilização do *app*, o enfermeiro/usuário precisa de acesso à Internet para realizar o *download*, considerando que ao término de cada avaliação, uma evolução clínica do paciente será gerada, a partir dos dados coletados e, poderá ser enviada para um e-mail para ser impressa e anexada no prontuário. A avaliação clínica, primeira etapa do PE, deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente, conforme determina a Resolução 359/2009 do COFEN (COFEN, 2009).

O *app* desenvolvido apresenta diversas interfaces. A primeira, teve como objetivo cadastrar/identificar o profissional que utilizará o *app* e, exige o preenchimento de todos os campos: nome; senha; COREN, conforme a FIGURA 13.

FIGURA 13- INTERFACE PARA REALIZAÇÃO DO CADASTRO/IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019

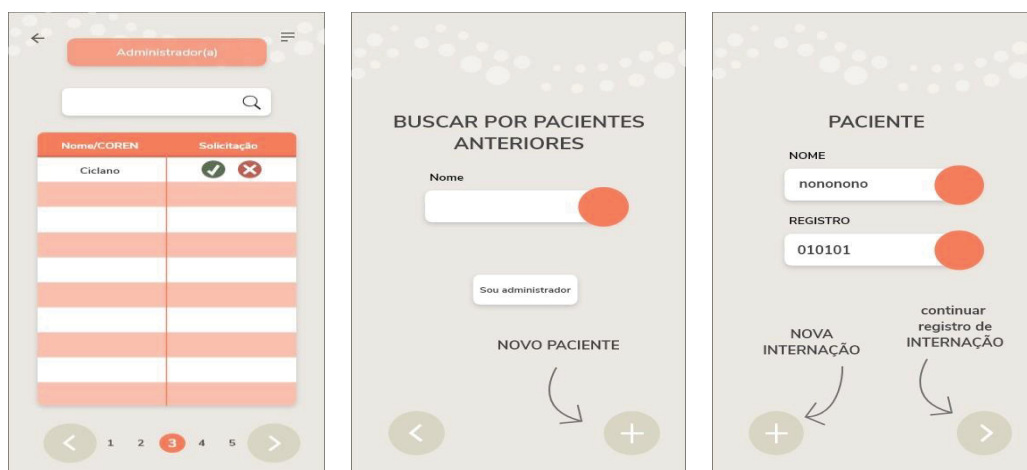


FONTE: A autora (2019).

Após realizar o cadastro das informações, o usuário receberá uma mensagem referente ao objetivo do *app*. Vale destacar, que todas as informações coletadas referentes ao cadastro do usuário serão recebidas pelo administrador, o qual decidirá se o usuário está apto para usufruir do *app*. Esse rastreamento de usuário tem como objetivo preservar os dados do paciente, exclusivamente, a profissionais envolvidos com sua assistência.

A FIGURA 14 mostra a interface referente à aprovação do cadastro de todos os usuários, bem como, a busca e cadastro do paciente a ser avaliado pelo enfermeiro.

FIGURA 14 - INTERFACES REFERENTE À APROVAÇÃO DO CADASTRO DO USUÁRIO, INÍCIO DO CADASTRO E BUSCA DO PACIENTE. APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS, CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

Depois de concluído o cadastro do usuário, inicia a etapa de avaliação clínica do paciente, que consiste pelo preenchimento dos dados referentes à identificação e histórico/anamnese do paciente, de acordo com as interfaces apresentadas na FIGURA 15.

FIGURA 15- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE/HISTÓRICO DO PACIENTE – APP AVALIA TIS – CUIDADOS PALIATIVOS, CURITIBA, 2019.

The figure displays three sequential screens of a mobile application interface. The first screen, titled 'Identificação do Paciente', contains fields for Name, preferred name, age, registration number, admission date, and length of stay, along with dropdown menus for marital status and sex. The second screen, 'Histórico/anamnese', includes fields for admission reason and medical diagnosis, a dropdown for 'Filhos' (children) with a 'Quantos?' (how many) field, and a section for allergies with 'Sim' and 'Não' buttons. The third screen, 'Tratamento de saúde antes da internação:', features 'Sim' and 'Não' buttons for health treatment, followed by 'Quais?' text boxes for details. It also includes a section for 'Medicações em uso?' (medications in use) and 'Uso de álcool, tabaco ou outras drogas:' (use of alcohol, tobacco, or other drugs), both with 'Sim' and 'Não' buttons and 'Quais?' text boxes. The interface uses a clean, modern design with orange and grey accents and decorative bubble patterns.

FONTE: A autora (2019).

Para a construção dessa etapa, utilizou-se como referência, Barros (2016) e Barros e Lemos (2017), na tentativa de alcançar maior número de informações necessárias para a Avaliação Clínica do Enfermeiro.

O histórico de enfermagem/anamnese permite que o enfermeiro identifique dados que compreendem a queixa principal ou motivo da internação, as comorbidades, tratamentos anteriores, presença de alergias, bem como a existência de demais fatores de risco para o

paciente. São esses dados que auxiliarão a tomada de decisão do enfermeiro para o planejamento do cuidado (BARROS, 2016) e, subsidiarão as demais etapas do PE.

Finalizado as etapas de identificação do paciente, o profissional inicia o levantamento de dados essenciais para a realização de sua avaliação clínica. Como ponto de partida para a efetivação da avaliação, o profissional realiza o preenchimento das escalas *Edmonton Symptom Assessment System* - ESAS e *Performance Paliativa Scale* - PPS, apresentadas na interface inicial do *app*, conforme a FIGURA 16. A escala PPS foi obtida do Manual de Cuidados Paliativos (2012) e a ESAS da tradução e adaptação transcultural realizada por Monteiro (2012).

FIGURA 16- INTERFACE PARA O INÍCIO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA



FONTE: A autora (2019).

Na avaliação de pacientes em CP, para mensurar os sintomas presentes nesses indivíduos é indicado a utilização da escala ESAS. Esta é constituída por escalas visuais analógicas com pontuação que varia de zero a 10, sendo que a numeração mais alta demonstra

a forma mais intensa do sintoma. Os sintomas avaliados nessa escala são dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, dispneia e sono (MANFREDINI, 2014).

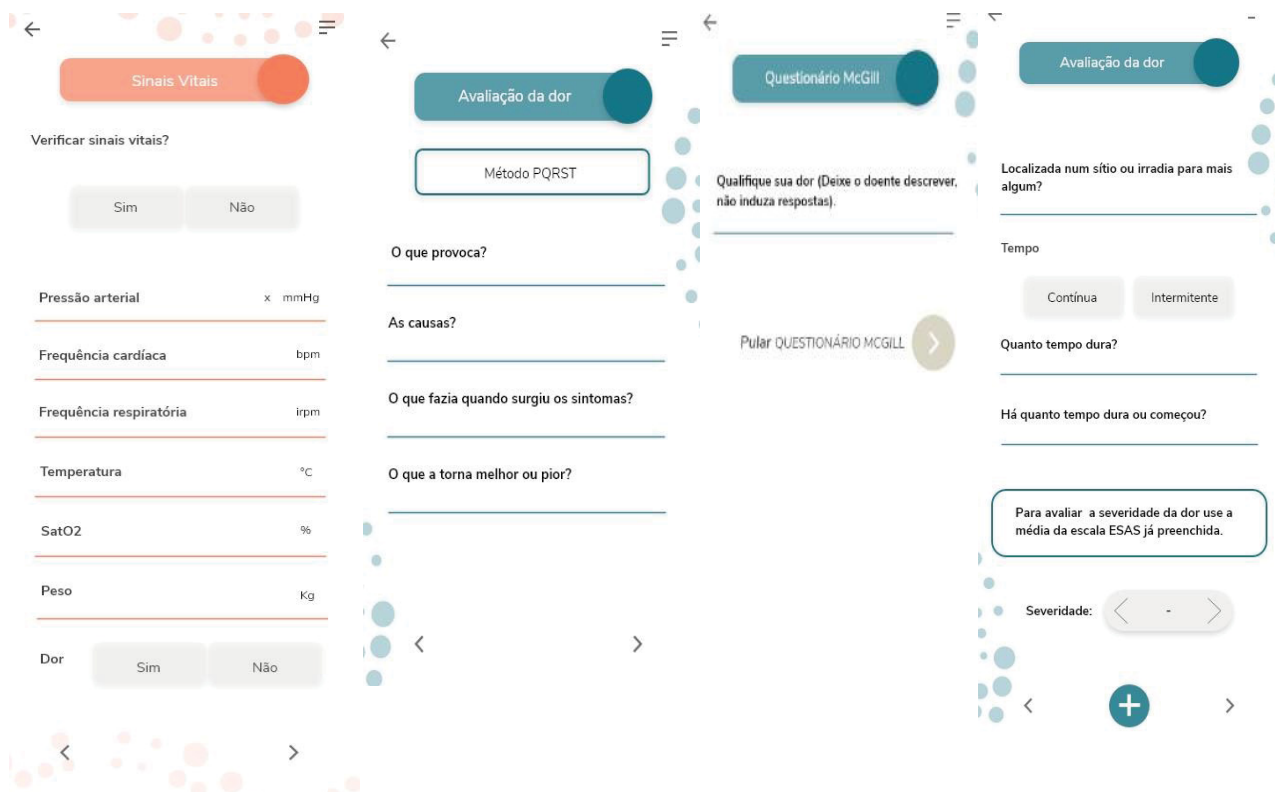
Liu et al. (2013) investigaram os sintomas de 163 pacientes acometidos por câncer em estágio terminal, utilizando ESAS. Os resultados mostram que os sintomas de maior prevalência são dor, fadiga, falta de ar e falta de apetite. Já a PPS é uma escala com 11 níveis de performance, os quais são avaliados de zero a 100, com intervalos de 10. Essa escala evidencia cinco aspectos, a saber: capacidade de locomoção/deambulação; atividade e evidência da doença; capacidade para o autocuidado; ingestão alimentar espontânea; nível de consciência (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Para a utilização da PPS o profissional deverá realizar a leitura da esquerda para a direita, sendo que, quanto mais baixo for o valor, maior será a intensidade dos parâmetros a direita. Dessa maneira, é possível identificar os seguintes aspectos: PPS: 70% - 100% (Fase estável); PPS: 40%-60% (Fase transicional); PPS: 10% - 30% (Cuidados de fim de vida) e PPS: zero (óbito). Destaca-se que PPS <70% é indicativo de maior assistência de CP e PPS = ou < 30% é indicador de fim de vida, indicando que o profissional deve dar maior atenção ao controle dos sintomas (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Sá et al. (2018) desenvolveram um aplicativo denominado “Cuidados Paliativos”, com objetivo de auxiliar os profissionais na realização de uma avaliação rápida e prática dos sintomas, além de subsidiar conceitos básicos de CP e de estratégias para a comunicação de más notícias. Nesse sentido, esses pesquisadores concluíram que a utilização dessas escalas em aplicativos móveis representa uma forma inovadora para a realização do controle dos sintomas e da condição funcional do paciente em CP (SÁ et al., 2018).

Após o preenchimento das escalas, o enfermeiro poderá concluir sua avaliação coletando dados referente às necessidades básicas do paciente. Estas estão dispostas conforme o referencial de Wanda de Aguiar Horta (1979). Dessa forma, esta etapa inicia-se pela avaliação das necessidades psicobiológicas, que inclui: nível consciência; avaliação da dor; sono e repouso; sinais vitais; mobilidade e locomoção; hidratação; cuidado corporal; integridade cutânea e mucosa; função ventilatória; avaliação vascular; nutrição; abdome; eliminações. Neste *app* a coleta de dados se inicia pela verificação dos sinais vitais, quando indicado, conforme mostra a FIGURA 17:

FIGURA 17- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS DO APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

Na interfase dos sinais vitais, o usuário terá a opção de realizá-los ou não, e isso irá depender da condição clínica do paciente. A avaliação da dor, também considerada um sinal vital, foi elaborada para que o profissional pudesse observar as suas várias dimensões. Para isso, optou-se por quantificar a dor por meio da escala ESAS, logo no início do *app* e, posteriormente uma investigação mais precisa conforme o método PQRST, (PQRST- *Pain Assessment Method*, 2019). Optou-se também, por sugerir como uma alternativa para quantificar a dor, o questionário Mc Gill.

De acordo com Cunha e Rêgo (2015), o profissional na realização de uma correta investigação da dor, necessita levar em consideração tanto as escalas unidimensionais, a exemplo: a Escala Analógica Visual (EAV) e a Escala Verbal Numérica (EVN), como as multidimensionais como é o caso do questionário Mc Gill, utilizado nessa pesquisa. Assim, ao utilizar-se desses instrumentos, o profissional, torna-se capaz de identificar aspectos subjetivos relevantes na avaliação da dor.

O questionário Mc Gill deve ser aplicado em conjunto com os seguintes instrumentos: escala de intensidade da dor; diagrama corporal para localização da dor e caracterização dos aspectos da dor; bem como seu período e duração (AMARAL et al., 2019). Para contemplar todos os aspectos mencionados, optou-se por inserir o questionário MC Gill no método PQRST.

A avaliação da dor foi descrita pela maioria dos participantes dessa pesquisa (62,5%), conforme dados já apresentados anteriormente. Isso mostra que a dor é um dos sintomas mais observados durante a realização da avaliação clínica dos pacientes em CP nas unidades, campo desta pesquisa.

Esses resultados corroboram com o estudo de Freire, et al. (2018) realizado em João Pessoa no estado da Paraíba, envolvendo 127 pacientes com câncer em cuidados paliativos. Os resultados mostram que dentre as manifestações clínicas encontradas a dor foi relatada em 89,8% dos pacientes, caracterizando como o sintoma de maior ocorrência, seguido da fadiga (70,9%), perda de apetite (53,5%), vômitos (42,5%), constipação (33,9%), palidez (33,1%), caquexia (23,6%), dispneia (20,5%) e, perda de peso (16,5%) (FREIRE, et al., 2018).

Diante do exposto, é importante que as escolas incluam a temática da dor na formação de enfermeiros, bem como as instituições de cuidado à saúde promovendo discussões sobre o tema para o fortalecimento deste conhecimento sobre a dor na prática profissional. Por meio dessas ações, é possível conseguir um cuidado de enfermagem mais humanizado, qualificado e resolutivo para os pacientes que vivenciam experiências dolorosas (QUEIROZ et al. 2015).

Após a verificação dos sinais vitais, o usuário deve realizar a avaliação do nível de consciência. Os dados a serem coletados estão dispostos na FIGURA 18.

FIGURA 18- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA DO PACIENTE - APP AVALIA TIS-CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.

The image displays three distinct user interface screens for clinical assessment. The top screen is for the Glasgow Coma Scale (ESCALA DE GLASGOW), featuring a 'Nível de Consciência' (Level of Consciousness) section with buttons for 'Conciente' (Conscious), 'Inconciente' (Unconscious), and 'Paciente está:' (Patient is:). Below this is the 'Abertura ocular' (Eye opening) section with 'Resposta verbal' (Verbal response) and 'Resposta Motora' (Motor response) buttons. A 'Resultado:' (Result) field is present, with a legend indicating scores: 13 a 15 - Leve (Light), 9 a 12 - Moderada (Moderate), and 3 a 8 - Grave (Intubação) (Severe/Intubation). The bottom screen is the 'ESCALA DE RASS' (RASS Scale), which includes a 'Fazer em caso de SEDACÃO' (Do in case of SEDATION) button and a 'Pular ESCALA DE RASS' (Skip RASS Scale) button. The main table lists scores from 4 to -5 with corresponding descriptions of patient states. The right side of this screen shows a 'Resultado Escala de RASS' (RASS Scale Result) section with a visual scale and a 'DELIRIUM' section with 'Sim' (Yes) and 'Não' (No) buttons. The top screen is the 'ESCALA DE CAM' (CAM Scale), with a 'Fazer em caso de SUSPETA DE DELIRIUM' (Do in case of SUSPECTED DELIRIUM) button and a 'Pular ESCALA DE CAM' (Skip CAM Scale) button. It contains three blocks of questions: 'BLOCO 1' (Block 1) regarding acute onset and fluctuating course, 'BLOCO 2' (Block 2) regarding attention, and 'BLOCO 3' (Block 3) regarding disorganized thinking. Each block has a 'Sim' (Yes) or 'Não' (No) button. The bottom screen is the 'ESCALA DE RASS' (RASS Scale) result page, showing a 'Resultado Escala de RASS' (RASS Scale Result) section with a visual scale and a 'DELIRIUM' section with 'Sim' (Yes) and 'Não' (No) buttons.

ESCALA DE RASS

Fazer em caso de SEDACÃO

Pular ESCALA DE RASS

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, risco para a equipe
3	Muito Agitado	Reage em resposta agressiva, ou escalar ou agressivo verbalmente
2	Agitado	Reage desproporcionadamente, brigas, briga ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, sem movimento ou vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente mantido, com o visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Responde ao estímulo visual por mais de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos verbais, mas estímulo visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, apresenta movimentos ou aberturas oculares
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Resultado Escala de RASS:

DELIRIUM

Sim Não

ESCALA DE CAM

Fazer em caso de SUSPETA DE DELIRIUM

Pular ESCALA DE CAM

BLOCO 1

1) Início agudo e curso flutuante

Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente?

Esse comportamento (anormal) variou para piorar, desaparecer ou diminuir de gravidade?

BLOCO 2

2) Distúrbio de atenção

O paciente teve dificuldade em focalizar a atenção em um assunto, ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?

BLOCO 3

3) Pensamento desorganizado

O comportamento do paciente era desorganizado ou incoerente, fraco ou variável durante o diálogo, ou mudança imprevisível de assunto?

4) Alteração do nível de consciência

O paciente encontra-se hiperalerta, agitado, inquieto, ansioso, assustado, se facilmente, intuído, sem estupor ou coma?

FONTE: A autora (2019).

A avaliação do nível de consciência do paciente em CP inicia-se na realização da PPS, já nas primeiras interfaces do *app* e é finalizada nas interfaces seguintes. Um sintoma importante, encontrado durante a realização dessa avaliação, é a presença de *delirium*, o qual pode ser identificado por meio da escala CAM (*Confusion Assessment Method*) validado por Fabbri et al. (2001).

A Associação Americana de Psiquiatria, por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico (5ª edição) define *delirium* como uma perturbação na atenção e consciência que se desenvolve ao longo de um curto período de tempo. Os pacientes com *delirium* podem apresentar alterações na memória e aprendizagem, desorientação em relação ao tempo ou lugar, mudanças na linguagem e alucinações (American Psychiatric Association, 2013).

O *delirium* pode ser dividido em três subtipos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; LEGRAND, 2012):

a. Hiperativo – Os pacientes apresentam-se agitados e, podem se recusar a cooperar com os cuidados prestados. As alucinações podem estar presentes, assim como comportamentos inapropriados, aumentando o risco de queda desses pacientes.

b. Hipoativo – Caracterizado por atividade motora reduzida. Os pacientes apresentam-se letárgicos e com maior risco de infecções e úlceras por pressão.

c. Misto – As características flutuam entre os dois anteriores. O paciente pode apresentar um nível normal de atividade psicomotora, contudo com a atenção e consciência perturbadas.

Para Prayce, Quaresma e Neto (2018), o *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante muito comum nos pacientes internados, em especial, na população idosa e em CP. Para o diagnóstico é necessário que o profissional primeiramente realize uma avaliação cognitiva basal do paciente e, havendo um declínio cognitivo significativo, o profissional deverá atentar-se para a realização de uma investigação, utilizando-se para isso de instrumentos diagnósticos.

Numerosos instrumentos para a avaliação cognitiva e diagnóstica do *delirium*, estão disponíveis como, por exemplo, a *Confusion Assessment Method* (CAM) (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

O aparecimento desse sintoma, gera impacto na vida dos familiares e cuidadores. Assim, por muitas vezes, esses indivíduos acabam desenvolvendo sentimentos de ansiedade, raiva, vergonha, tristeza, culpa, preocupação de não se despedir de seu ente querido e, apreensão por não conseguirem discutir decisões de fim de vida (FINUCANE et al., 2017).

A escalas de coma de *Glasgow* (ECG) (GCS, 2019), utilizada para avaliar o comprometimento do nível de consciência em resposta a estímulos definidos e, a escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (JUNIOR et al., 2008) utilizada para avaliação de sedação e agitação, também fizeram parte da interface de avaliação do nível de consciência. Apesar da importância da avaliação do nível de consciência do paciente em CP, apenas um participante descreveu realiza-lá, durante a primeira fase do PE - avaliação clínica.

Após a avaliação do nível de consciência do paciente, o usuário seguirá para a avaliação do sono e repouso, mobilidade e locomoção e hidratação. As interfaces que contemplam estes aspectos podem ser visualizadas na FIGURA 19 e, seu conteúdo foi adaptado da literatura de Barros e Lemos (2017) e de Santos, Oliveira e Feijão (2016).

FIGURA 19- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO SONO E REPOUSO; MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO E HIDRATAÇÃO E LOCOMOÇÃO DO PACIENTE – APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

Nessa fase da coleta de dados, o profissional atentará para questões que já foram anteriormente abordadas, como é o caso do sono, avaliado durante a realização da escala ESAS e as questões referente à mobilidade e deambulação, já mencionadas durante a PPS. Nesse momento, o profissional poderá investigar com mais detalhes esses sintomas, a exemplo, temos a escala de *morse* para avaliar risco de quedas e que está disponível na interface mobilidade/locomoção.

Outro ponto valioso é a avaliação da hidratação. Esse tópico torna-se relevante, pois pacientes em CP sofrem, em sua grande maioria, com a desidratação, caracterizada como uma alteração que está interligada ao aparecimento de outros sintomas, como anorexia, náuseas, vômitos, disfagia, alterações renais, dentre outros. Os cuidados desenvolvidos para aliviar os sintomas da desidratação estão integrados com as técnicas de hidratação, que na condição de CP, podem estar relacionadas com a administração de fluidos por via gastrointestinal, via venosa e via subcutânea com o uso da hipodermóclise (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

A hipodermóclise ou terapia subcutânea é uma técnica de infusão de fluidos e fármacos no espaço subcutâneo, em situações não emergenciais (COGO et al., 2016). De acordo com estudo realizado por Pontalti et al. (2018), essa técnica mostra-se eficiente na administração de medicamentos em pacientes em CP, além de ser caracterizada como uma terapêutica segura, menos invasiva e de baixo risco para complicações por infusões parenterais.

O próximo passo a ser seguido para efetivação da investigação corresponde a avaliação do Cuidado Corporal e Integridade Cutâneo/Mucosa (FIGURA 20). Para Carvalho e Amaral (2019), a observação da integridade cutânea no fim de vida é crucial para o cuidado do paciente sob CP, pois esta se encontra ameaçada por inúmeros fatores ambientais, físicos e químicos.

Os dados elencados para essa avaliação foram baseados nas recomendações de Barros e Lemos (2017) e Silva; Amaral e Malagutti (2019).

FIGURA 20- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE DE CUTÂNEO/MUCOSA - APP AVALIA TIS-CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.

Cuidado Corporal

Condições de higiene corporal:

Adequado Inadequado

Se inadequado:

Outro:

Local:

Curativo:

Característica/ Estágio da lesão:

Banho:

aspersão
leito
aspersão com auxílio

ESTÁGIO DE LESÃO POR PRESSÃO

Estágio	Características
Lesão por Pressão Estágio 1	Pele íntegra com área localizada de entumescimento não avermelhada que pode estar em qualquer parte da pele de cor escara.
Lesão por Pressão Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição do derme. O leito da ferida é visível, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha íntacta (fúrcula) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.
Lesão por Pressão Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total na qual a ferida pode estar profunda, com granulação e epibólido (leão com bordas enfiadas) estão presentes. Erafaci e/ou escara pode estar visível.
Lesão por Pressão Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou paliação óssea da fístula, tendão, músculo, cartilagem ou osso. Erafaci e/ou escara pode estar visível.
Lesão por Pressão Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou paliação óssea que não pode ser confirmada porque está encoberta pelo estafelco ou escara.
Lesão por Pressão Tissular Profunda	Pele íntacta ou não, com área localizada e persistente de discoloração vermelha ou escarlatea que não embrandece e que mostra separação epodérmica ou mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sangüinolento.

Integridade cutânea/mucosa

Presença de dreno:

Outro: Dreno de tórax

Local: Dreno de mediastino

Dreno suctor

Dreno pericoste

ESCALA DE BRADEN

	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Limitado	Nenhuma limitação
Limiteidade	Completamente mobilizado	Muito mobilizado	Quase mobilizado	Raramente mobilizado
Atividade	Acamado	Confinado	Alto	Alto
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante imóvel	Levemente, não apresenta imobilidade	Nenhuma imobilidade
Nutrição	Muito pobre	Pouco adequada	Adequada	Excelente
Frágilidade e cicatrizamento	Problema potencial	Problema	Nenhum problema	Nenhum problema

Resultado: _____

- 6 a 9 - Risco muito alto
- 10 a 12 - Risco alto
- 13 a 14 - Risco moderado
- 15 a 18 - Baixo risco
- 19 a 23 - Sem Risco

Integridade cutânea/mucosa

Estágio de LPP: Ver íntegro

Acompanhado pelo CCP? Sim Não

Resultado: +

FONTE: A autora (2019).

Nessa etapa da avaliação o enfermeiro deverá estar atento para a presença de feridas que surgem, apesar de todas as medidas preventivas serem realizadas. Essas feridas podem ocorrer de forma acidental, pela deterioração dos sistemas orgânicos ou pelo próprio envelhecimento ou falha da prestação do cuidado (CARVALHO; AMARAL, 2019).

É importante considerar que no final de vida, a disfunção da pele está relacionada à hipoperfusão cutânea, a qual gera um estado de hipóxia localizada. Como resultado dessas alterações, há a redução da capacidade da pele de utilizar os nutrientes e demais fatores para manutenção da sua funcionalidade. Dessa forma, essas alterações cutâneas do final de vida geram modificações na pele, que são denominadas de *Skin Changes at Lifes's End* (SCALE) (FRANCK, 2016).

Como exemplo dessas modificações, as Úlceras Terminais de Kennedy (UTK) são caracterizadas como úlceras que possuem formato de borboleta, ferradura, pera, ou muitas vezes suas formas são irregulares, com cor que varia entre o vermelho/amarelo/preto/roxo, similar a uma escoriação ou abrasão (KENNEDY, 2009).

A UTK se diferencia da lesão por pressão (LPP), pois sua etiologia está relacionada a fatores intrínsecos, que envolvem a hipoperfusão e isquemia tecidual relacionada à falência múltipla de órgãos, enquanto a LPP está relacionada aos fatores extrínsecos como, a pressão e o cisalhamento. Geralmente a LPP leva 24h para evoluir ao estágio I, enquanto a UTK pode passar para o estágio III nesse mesmo intervalo de tempo. Além da etiologia, para a identificação da UTK é necessário que haja uma avaliação detalhada dos demais sistemas corporais, da terapêutica medicamentosa e dos exames laboratoriais (REITZ; SCHINDLER, 2016).

O aparecimento dessa lesão representa um anúncio para o fim de vida. Assim, tal fato a caracteriza como uma evidência clínica para que as medidas de CP sejam realizadas (CARVALHO; AMARAL, 2019).

Considera-se, ainda, a importância da avaliação de presença de lesões neoplásicas mencionadas no *app*, para avaliar a integridade cutânea do paciente em CP. De acordo com Carvalho e Amaral (2019), depois das lesões por pressão, estas representam uma das principais feridas que comprometem a qualidade de vida do paciente em CP.

Na sequência, dá-se a avaliação da Função Ventilatória. A literatura recomenda que durante essa etapa, o profissional observe a presença de Dispneia e suas várias dimensões, levando em consideração que este é um sintoma sensorial/afetivo, presente em indivíduos com patologias avançadas e, que podem se agravar no fim da vida (BROGLIO, 2016). A interfase para avaliação desse sistema está apresentada na FIGURA 21.

FIGURA 21- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VENTILATÓRIA - APP AVALIA TIS-CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019



FONTE: A autora (2019).

Os aspectos referentes à avaliação do sistema respiratório foram elencados, conforme Santos, Oliveira e Feijão (2016) e com base em informações retiradas do *Advanced Practice Palliative Nursing* (2016) como, por exemplo, a utilização do método mnemônico PQRST para avaliação das características multidimensionais da Dispneia.

De acordo com Coccia et al., (2016), a dispneia é muito conhecida nos CP como uma dificuldade respiratória que pode ocorrer em qualquer fase do processo de doença, seja ela câncer ou não. Esse sintoma, por sua vez, pode ser resultado da interação de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que podem gerar respostas comportamentais e fisiológicas.

Considerando a dispneia como uma resposta subjetiva Alves et al. (2018), em seu estudo, comparou os registros de enfermagem e os resultados obtidos por autoavaliação da dispneia do doente, esses últimos utilizando-se da Escala de Avaliação Numérica (EAN). Os resultados apontam pouca discrepância entre a avaliação da dispneia na ótica do enfermeiro e na ótica do doente, mesmo os enfermeiros não possuindo instrumentos para subsidiar sua avaliação.

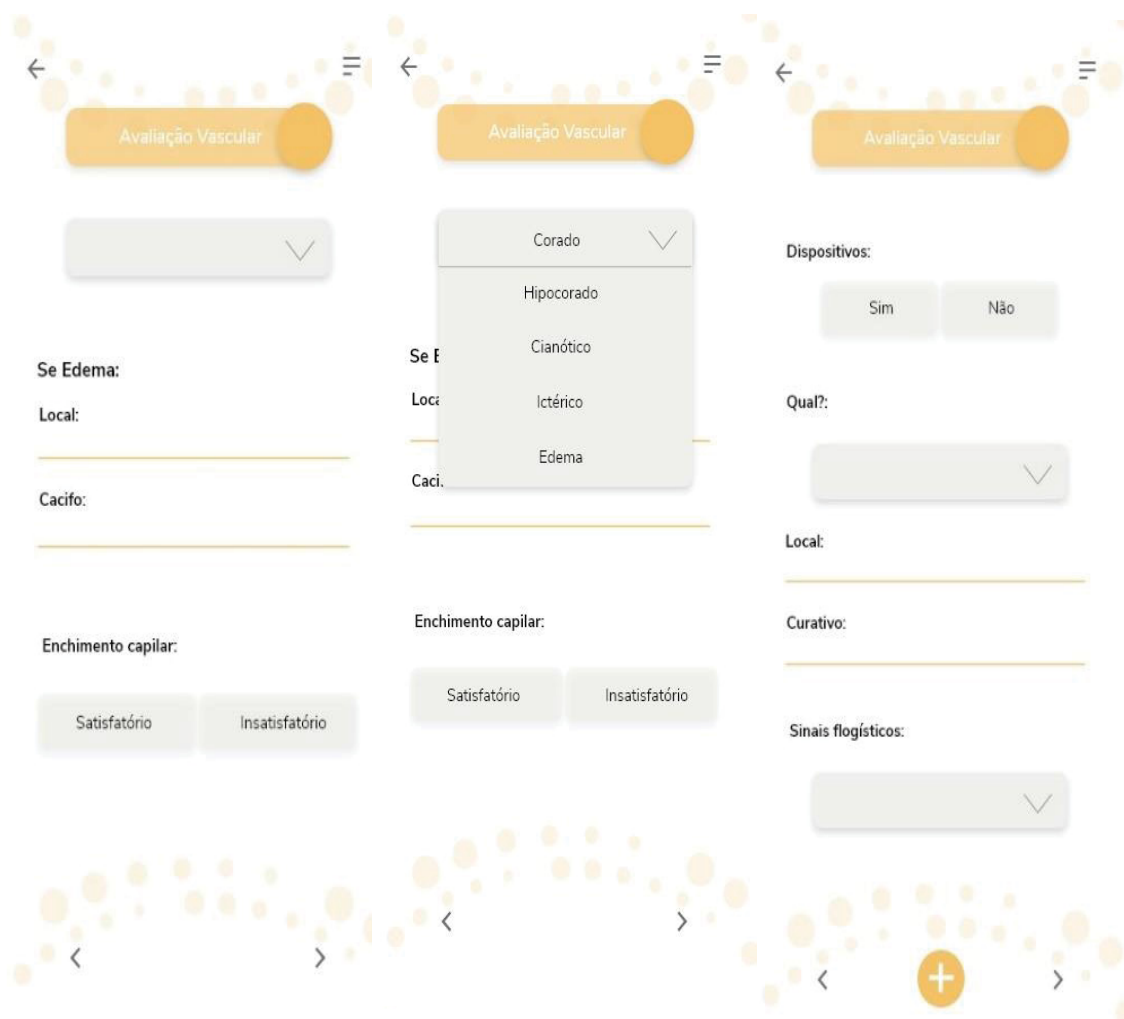
Contudo, foi observado que as intervenções de Enfermagem realizadas não contemplaram todas as dimensões da dispneia e, desse modo, o estudo concluiu que para a manutenção da qualidade de vida do doente com dispneia é fundamental uma correta identificação e monitorização da mesma.

Outro fator mencionado na avaliação do sistema respiratório corresponde à avaliação da ventilação invasiva, pois muitos pacientes são submetidos a um suporte ventilatório artificial, seja por falta de uma comunicação acerca do objetivo do tratamento, seja em decorrência de situações que emergem de uma evolução ruim relacionada às comorbidades prévias. Pacientes com comprometimento cognitivo grave, também podem estar em ventilação mecânica (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Dos participantes desta pesquisa, 50% descreveram que a dispneia e o desconforto respiratório são aspectos bastante observados durante a avaliação clínica do paciente em CP, mostrando a importância de o *app* contemplar uma avaliação detalhada do sistema respiratório.

A avaliação do sistema vascular, a partir dos dados indicados por Barros e Lemos (2017) está apresentada na FIGURA 22.

FIGURA 22- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO VASCULAR - APP AVALIA TIS-CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

Nessas interfaces buscou-se, principalmente, trabalhar os aspectos referentes a inspeção das alterações relacionadas ao sistema vascular, bem como, observar os tipos de dispositivos utilizados, dando destaque para a utilização da hipodermóclise.

A avaliação desse sistema deve ser iniciada desde a anamnese até a realização do exame físico e demais recursos diagnósticos. Ao seguir esse padrão, o profissional é capaz de identificar as queixas do paciente e estabelecer prioridades na realização do exame físico e nas possíveis intervenções a serem realizadas (BARROS et al., 2016).

Apesar da importância da avaliação desse sistema durante a realização da avaliação clínica, os profissionais que fizeram parte desta pesquisa, não a priorizaram nas descrições encontradas.

O próximo aspecto a ser avaliado está relacionado à Nutrição. Nessa etapa é importante que o profissional observe todos os aspectos a serem investigados, em especial, a presença de náuseas e vômitos, sintomas habituais em pacientes sob CP (LYNCH, 2016). Para a elaboração do conteúdo dessas interfaces, utilizou-se os referenciais de Santos, Oliveira e Feijão (2016), Barros e Lemos (2017) e *Advanced Practice Palliative Nursing* (2016).

FIGURA 23- INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NUTRICÃO - APP AVALIA TIS CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

De acordo com as informações obtidas dos participantes desta pesquisa, relacionadas aos aspectos importantes a serem avaliados nos pacientes em CP, as necessidades nutricionais correspondem a 25% dos aspectos psicobiológicos avaliados. Entre esses aspectos,

destacaram a anorexia e a inapetência, presentes nesses pacientes. A anorexia e a caquexia estão presentes em grande parte das doenças limitadoras da vida e, devem ser levadas em consideração durante a avaliação do paciente em CP (SMELTZ, 2016).

A avaliação dos aspectos nutricionais do paciente em CP exige que o profissional compreenda que a terapia nutricional oferecida pode prolongar a sobrevivência, minimizar a perda de peso e, principalmente, melhorar a qualidade de vida do paciente, pois são capazes de reduzir os efeitos adversos da terapêutica utilizada, bem como das doenças existentes. A abordagem dietética realizada deve fornecer, principalmente, prazer e conforto, levando sempre em consideração a autonomia do paciente e de sua família (MORAIS et al., 2016).

Um estudo realizado com 105 pacientes internados em uma unidade de CP aponta que, a desnutrição e os sintomas gastrointestinais aparecem com frequência em vários tipos de tumores, estando estes mais evidentes no câncer gástrico e de pulmão (BOVIO; FONTE; BAIARDI, 2014).

Cavichiolo et al., (2017) analisaram 47 prontuários, com o objetivo de identificar os sintomas gastrointestinais apresentados pelos pacientes oncológicos e, constatou que os sintomas gastrointestinais de maior incidência são: anorexia (57,45%), boca seca (55,32%), constipação (51,06%), saciedade precoce (48,94%) e náuseas (40,43%).

Seguindo a coleta de informações, o enfermeiro deverá investigar aspectos referentes as Eliminações (FIGURA 24). Deverá atentar-se para os sintomas intestinais como: obstipação, diarreia e obstrução intestinal maligna. Vale destacar que, estes sintomas não ocorrem de forma isolada e para que haja o manejo adequado desses é necessário que o profissional tenha uma visão geral do paciente (CHOW; KORANTENG, 2016).

FIGURA 24 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS ELIMINAÇÕES - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.

Eliminações

Diurese:

Espontânea

Fralda
Incontinência
Banheiro
Coletor

Aspecto:

Volume: ml

Evacuação:

Espontânea

Auxílio de dispositivos

Aspecto:

Ausente a dias.

Avaliação de Constipação

O paciente está constipado?

Sim Não

Escala de Avaliação da Constipação (CAS)

0 = Não 1 = Um pouco 2 = Muito

	Não	Um pouco	Muito
1. Distensão abdominal	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
2. Mudança na eliminação de gases	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
3. Menor frequência de evacuações	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
4. Perda involuntária de fezes líquidas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
5. Sensação de reto cheio ou pressão	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
6. Dor no reto à evacuação	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
7. Eliminação de fezes em menor quantidade	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
8. Desejo, mas ausência de evacuação	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

Não foram estabelecidos pontos de corte
escores mais altos indicam maior constipação

TOTAL = 0 - 16

Pontuação:

FONTE: A autora (2019).

Ao analisar os aspectos referentes à eliminação, os profissionais, participantes desta pesquisa, apontaram que a constipação ou diarreia, náuseas/vômito, obstipação e, eliminação urinária prejudicada são aspectos observados durante a realização da avaliação clínica do paciente em CP. As eliminações corresponderam 35% dos sintomas observados nos pacientes em CP.

Em um estudo desenvolvido em município de Vitória da Conquista - BA, que teve como objetivo identificar pacientes que fazem uso de opióides e apresentam constipação intestinal durante o tratamento oncológico, constatou-se que dos 60 pacientes em tratamento, 23 (38,33%) utilizaram algum opioide para alívio da dor e 37 (57%) relataram não fazer uso de nenhum medicamento analgésico. Desses 38,33% que faziam uso de medicamentos analgésicos, 22 (36,67%) apresentaram constipação (SILVA et al., 2016).

Em CP, uma das principais causas de constipação intestinal é contínuo uso de opióides para o alívio da dor. A utilização de opióides, ao lado da inatividade física, baixa ingestão hídrica e nutricional corresponde às três causas mais comuns de constipação entre os pacientes com diagnóstico de câncer (CONSENSO BRASILEIRO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL INDUZIDA POR OPIOIDES, 2009). Para a avaliação desse sintoma, optou-se por utilizar a *Constipation Assessment Scale* (CAS) que provê a graduação de sintomas da constipação intestinal (McMILLAN; WILLIAMS, 1989).

Na elaboração do *app*, os aspectos referentes a náusea/vômito classificado na análise de conteúdo como eliminações, fazem parte da avaliação da nutrição. Após a realização das necessidades psicobiologias e o estabelecimento de alguns sintomas, o enfermeiro/usuário irá realizar a investigação das necessidades psicoespirituais e psicossociais (FIGURA 25), as quais subsidiam um cuidado integral do paciente internado.

FIGURA 25 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS E NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS - APP
 AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019



FONTE: A autora (2019).

Para construção dessas etapas, realizaram-se adaptações das informações coletadas de Barros e Lemos (2017), bem como de dados coletados do protocolo de Cuidados Paliativos validado por Santos, Oliveira e Feijão (2016).

As necessidades espirituais é um aspecto fundamental durante a avaliação dos pacientes em CP, principalmente quando estes enfrentam o fim de vida. Estas envolvem vários aspectos como, religião, valores, crenças, esperanças e propósitos espirituais. O enfermeiro que assiste pacientes em CP pode fornecer um cuidado espiritual por meio da boa comunicação e de uma coordenação de cuidados que possa responder ao sofrimento espiritual desse indivíduo (FERRELL, 2016).

O *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP) (2013) traz algumas recomendações para o cuidado espiritual. A exemplo, o profissional ao realizar a avaliação espiritual deve observar as aflições religiosas do paciente, assim como usar suas habilidades de comunicação para oferecer apoio nas questões de perdão e compreensão de milagres ou para intermediar conflitos quando envolvem diferentes crenças no contexto familiar. É importante também a utilização do suporte de um capelão para minimizar o sofrimento espiritual dos pacientes que expressam sentimento de abandono.

De acordo com os estudos de Coelho e Yankaskas (2017), a boa comunicação é importante, pois é utilizando-se dela que o profissional torna-se capaz de compreender as crenças espirituais do paciente e de sua família. Para esses autores, os pacientes em processo de morrer necessitam de maior suporte em relação às suas necessidades psicossociais e espirituais e, mesmo que não se tenha uma possibilidade de cura, sempre existem meios que permitem oferecer uma morte digna.

Nesta pesquisa, as necessidades espirituais descritas pelos participantes, relacionam-se ao medo e ao desconforto diante da situação de morte, representando 25% dos aspectos avaliados durante a primeira etapa do PE.

Além das necessidades psocoespirituais, as necessidades psicossociais também fazem parte do plano terapêutico do paciente em CP. As alterações como ansiedade e depressão são consideradas necessidades importantes e necessitam ser observadas durante a coleta de dados. Conforme a análise de conteúdo realizada, já apresentada nesta pesquisa, 50% dos participantes descrevem essas alterações como aspectos que devem ser levados em consideração durante a avaliação do paciente em CP. Utilizou-se para a avaliação da depressão e da ansiedade a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), validada por Zigmond e Snaith em 1983.

Conforme o estudo realizado por Vieira et al. (2017), a ansiedade foi o sintoma de maior intensidade observado durante a realização da escala ESAS em 58 pacientes com indicação de CP. Para o encerramento da avaliação clínica, o *app* conta com a interface de avaliação da família, na qual o enfermeiro fará a coleta de informações com o familiar do paciente em CP. Ao estabelecer um diálogo mais próximo com esse indivíduo, que também faz parte dos cuidados realizados, o enfermeiro será capaz de encerrar sua avaliação clínica diária, respeitando todos os aspectos considerados para a avaliação de pacientes em CP pela OMS. Os aspectos referentes à avaliação da família são evidenciados na FIGURA 26:

FIGURA 26 - INTERFACES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA - APP AVALIA TIS-CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.

← Avaliação da Família →

Conhece o diagnóstico:

Sim Não

Foi informado sobre os planos de cuidado:

Sim Não

Como se sente sendo cuidador?

Estado Emocional:

▼

Possui alguma dúvida?

Sim Não

Qual?

< >

FONTE: A autora (2019).

Furtado e Leite (2017) investigaram o que os familiares de pacientes com neoplasia de pulmão entendem sobre CP. Os resultados mostram que a compreensão dos CP vai desde o desconhecimento do termo até a noção dos cuidados com a doença. Verificou-se também, que poucos familiares estão cientes do significado dessa abordagem. Contudo, apesar da falta de conhecimento acerca dos CP, o terreno é fértil para se difundir a filosofia dessa abordagem.

Conforme o estudo de Benedetti et al. (2015), os indivíduos que têm a experiência do câncer dentro de seu núcleo familiar, enfrentam sentimentos nunca antes vivenciados, o que resulta em exaustão física e psíquica, que cursa todo o tratamento até a realidade de uma impossibilidade de cura. Ao percorrer esse caminho tanto o paciente quanto seu familiar passam por experiência de tormenta emocional, representadas pela angústia, tristeza, medo, incertezas e apreensão. Dentro desse contexto, o enfermeiro deve conhecer todos os sentimentos advindos da vivência do cuidar para que seja capaz de mobilizar-se a favor de todas as carências vivenciadas pelos cuidadores.

Nesta pesquisa, a família foi mencionada pelos participantes, no contexto das necessidades psicossociais, destacando o desconforto dos pacientes em relação a situação familiar. Concluída a avaliação da família, o profissional/usuário poderá preencher os dados laboratoriais que acharem válidos para o registro da condição clínica do paciente ou poderá finalizar sua avaliação. Conforme descrito na FIGURA 27, uma evolução será gerada conforme as informações coletadas. Caso, o paciente esteja de alta, o profissional/usuário poderá registrar a alta no próprio *app*.

FIGURA 27- INTERFACE - EVOLUÇÃO - APP AVALIA TIS- CUIDADOS PALIATIVOS. CURITIBA, 2019.



FONTE: A autora (2019).

O *app* desenvolvido representa uma evolução na área da enfermagem, principalmente no contexto de CP. Seguindo a tendência de outros *app's* para a coleta de dados na área de saúde, essa tecnologia pode auxiliar o profissional no desenvolvimento de sua avaliação diária.

Nos estudos de Pissaia et al. (2017), a utilização de recursos de informática para a implantação da SAE nos ambientes hospitalares representa um trabalho seguro, pois esse é ancorado em bases teóricas e científicas atualizadas. Entretanto, esse mesmo estudo mostrou que a utilização das TIC's, na implantação da SAE nas instituições de saúde, ainda apresenta dificuldades.

Porém, apesar dos problemas, é visível seus benefícios. Como dificuldades encontradas na utilização das TIC's observou-se o preconceito ou aversão de profissionais com novas metodologias de trabalho. Contudo, também foi analisado que o advento de uma educação continuada para o treinamento desses profissionais, seria uma opção para melhorar a aceitação dessas tecnologias.

O *app* Avalia-Tis - Cuidados Paliativos, apesar de não ser o primeiro a tratar dessa temática na área da saúde, é o primeiro aplicativo a ser criado com a intenção de coletar dados direcionados às necessidades do paciente em CP. Favorece a elaboração de um plano de cuidado individual e, garante o registro da primeira etapa do PE.

7 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do aplicativo Avalia Tis – Cuidados Paliativos consiste em uma inovação na coleta de dados para a avaliação clínica de pacientes sob CP. Sua estrutura simples e acessível permite que os enfermeiros realizem uma avaliação clínica viável ao seu processo de trabalho, utilizando-se do raciocínio clínico e pensamento crítico, instrumentos que fortalecem a ciência do cuidado.

Dessa maneira, esse *app* desenvolvido à margem da teoria das necessidades humanas básica de Wanda de Aguiar Horta e nos Princípios Filosóficos dos Cuidados Paliativos da OMS, poderá ser utilizado em diversos cenários que assistem pacientes em CP. Representa também mais um progresso nos estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa TIS da Universidade Federal do Paraná e, mais um passo para a consolidação do PE nas instituições hospitalares.

Como limitações do estudo, apontamos a necessidade das parcerias com profissionais de outras áreas do conhecimento para a programação do aplicativo, o que impossibilitou a validação do *app*, considerando as dificuldades para o cumprimento dos prazos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ALVES, C. B.; DULCI, P. L. Quando a morte não tem mais poder: considerações sobre uma obra de Elisabeth Kübler-Ross. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 2, p. 262-70, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/08.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ALVES, S. N. et al. Contribuição do Ensino a Distância em uma Unidade Curricular do Curso de Enfermagem. **Revista EAD em Foco**, v. 6, n. 1, p. 122-135, 2016. Disponível em: <http://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/353/163> Acesso em: 17 jul. 2018.

ALVES, A. R. M. V.; PINA, P. S. R. S. Dispneia em cuidados paliativos: registros de enfermagem e a autoavaliação da dispneia. **Rev. Enf. Ref**, v. série IV, n.16, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a06.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

ALFAVARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMARAL, J. B. do. et al. As Dimensões da Dor na Pessoa em Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Delirium. In: _____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. p. 596– 602.

ARAGÃO, J. C. S.; ALMEIDA, L. da S. Raciocínio Clínico e Pensamento Crítico: Desenvolvimento na Educação Médica. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología Y Educación**, v. extr, n. 12, 2017. Disponível em: <<http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.12.2259/pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO/IEC 9126-1: Engenharia de software – qualidade de produto**?. Parte 1: modelo de qualidade. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **ISO/TR 16982:2014**. Ergonomia da interação humano-sistema- Métodos de usabilidade que apoiam o projeto centrado no usuário. Rio de Janeiro, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROS, W. C. T. S. et al. Aplicativo para avaliação do nível de consciência em adultos: produção tecnológica em enfermagem. **Cogitare enferm**, v. 24, n. e60338, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60338/37849>>. Acesso em: 12 abri. 2019.

BARROS, K. M.; LEMOS, I. C. **Processo De Enfermagem - Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

BENEDETTI, G. M. S. et al. Sobrecarga emocional dos familiares de pacientes com câncer: ambiguidade de sentimentos ao cuidar. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 3, p. 1220-1228, jul./set. 2015. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Julia_Wakiuchi3/publication/283018374_SOBRERCA_GA_EMOCIONAL_DOS_FAMILIARES_DE_PACIENTES_COM_CANCER_AMBIGUIDADE_DE_SENTIMENTOS_AO_CUIDAR/links/5626d21f08aee57dc7cf0/SOBRERCA_GA-EMOCIONAL-DOSFAMILIARES-DE-PACIENTES-COM-CANCER-AMBIGUIDADE-DE-SENTIMENTOS-AO-CUIDAR.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

BOVIO, G.; FONTE, M. L.; BAIARDI, P. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms and their influence on nutritional state and performance status in patients with different primary tumors receiving palliative care. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 31, n. 1, p. 20-6, 2014.

Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909112474713?journalCode=ajhb>>.

Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, Brasília, 2002. 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, n. 225, 23 nov. 2018. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Resoluc%CC%A7ao-CP.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2019.

_____. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002, Brasília, 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2002. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 12 mai. 2018.

_____. Lei Nº 7.498 de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun.1986, p. 9273, 198. Disponível em:

<<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90-105, jan./mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0090.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

BROGLIO, K. Dyspnea. In: DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016. p. 233-242.

CARVALHO, E. S. de S.; AMARAL, J. B. Perda da Integridade Cutânea na Pessoa em Cuidados de Fim de Vida: Medidas de Prevenção, Proteção e Controle de Danos. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019. p. 153-179.

CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php/bid>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

CAVICHIOLO, M. O. et al. Estado nutricional e sintomas gastrointestinais de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **BRASPEN J**, v. 32, n. 1, p. 25-9, 2017. Disponível em: <<http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/04/05-AO-Estado-nutricional.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2019.

CERULLO, J.; CRUZ, D. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19>. Acesso em: 22 dez. 2017.

CHOW, K.; KORANTENG, L. Bowel Symptoms: Constipation, Diarrhea, and Obstruction. In: DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016. p. 243-253.

COCCIA, C. B. et al. Dyspnea: Pathophysiology and a clinical approach. **South African Medical Journal**, v. 106, n. 1, p. 32-36, 2016. Disponível em: <<http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/10324/7076>>. Acesso em 12 jun. 2019.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 de janeiro 2019.

COGO, A. L. P. et al. Vias de administração de medicamentos. In: TORRIANI, M. S. **Medicamentos de A a Z 2016/2018: Enfermagem 2016**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 40-55.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358/2009. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção. 01, 23 de outubro de 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

_____. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 233, 06 dez. 2017. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2017/06/12/Secao-1?p=14>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 240, 12 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucaodo-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

_____. Brasília: Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 31 ago. 2012. Seção 1. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em 13: jun. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Enfermagem em cuidados paliativos**. Florianópolis: Letra Editorial, 2016.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 1041-52. 03 mai. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000401041&lang=pt>. Acesso: 20 mai. 2017.

CUNHA, F. F.; RÊGO, L. P. Enfermagem diante da dor oncológica. **Rev DoR**, v. 16, n. 2, p. 142-5, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n2/pt_1806-0013-rdor-16-020142.pdf>. Acesso em: 20 abri. 2019.

DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016.

DONOVAN, J. L. et al. A pilot health information technology–Based effort to increase the quality of transitions from skilled nursing facility to home: Compelling evidence of high rate of adverse outcomes. **J Am Med Dir Assoc**, v. 17, n. 4, p. 312-317, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26723801>>. Acesso em: 15 abri. 2018.

ELLIOTT, N. ‘Mutual intacting’: a grounded theory study of clinical judgement practice issues. **Journal of Advanced Nursing**, v.66, n.12, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2010.05412.x>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

FABBRI, R. M. A. et al. Validação e confiabilidade da versão em língua portuguesa do confusion assessment method (CAM) para detecção de delirium no idoso. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 59, n. 2ª, p.75-179, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2001000200004>. Acesso em: 12 mai. 2019.

FALKEMBACH, G. A. M. Concepção e Desenvolvimento de Material Educativo Digital. **RENOTE - Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 3, n. 1, 2005. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/13742/7970>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

FERRELL, B. R. The Role of the Advanced Practice Registered Nurse in Spiritual Care. In: DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016. p. 427-234.

FINUCANE, A. M. et al. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review.

Psychooncology, v. 26, n. 3, p. 291-300, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363350/>>. Acesso em: 01 jan. 2019.

FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php.bid>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

FRANCK, E. D. **Alterações de pele em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da doença e final da vida: coorte prospectiva**. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17052017-112324/>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com Câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n.2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010407072018000200318&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 abri. 2019.

FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 969-80, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse1807-576220160582.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2019.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>>. Acessado em: 13 jan. 2018.

GLASGOW COMA SCALE-GCS. Disponível em: <<https://www.glasgowcomascale.org/>>. Acesso em: 12 de jan. 2019.

GONÇALVES, M. C. S.; BRANDÃO, M. A. G.; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 115-24, 02 de março 2016. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/19820194-ape-29-01-0115.pdf>>. Acesso: 19 de mai. 2017.

HASSEGAWA, L. C. U. et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 1, p. 266-75, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0256.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 57, n. 6, p. 733-737, 2007. ISSN 0034-7167. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600021&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2018.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.9, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 12 jan. 2019.

HERNANDÉZ, J. J. Etiologia y patogenia del dolor en el câncer. In: VILLORIA C.M. **Dolor oncológica reunión de expertos**. Salamanca: Fundacion Grunenthal; 2005, p. 13-16.

HORTA, W.A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.5, n. 1, p. 7-15, 1974. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v8n1/0080-6234-reeusp-8-1007.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

_____. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativas 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa2016-v11.pdf>>. Acesso: 21 jan 2018.

_____. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa**: guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010. E-book. Disponível em: <<http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/713/1/Metodologia%20da%20Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018

KENNEDY-EVANS, K. Understanding the Kennedy terminal ulcer. **Ostomy Wound Management**, v. 55, n.9, p.6, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560217>>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Esc. Anna Ner**, v.10, n.3, p.478-486, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a17>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22 n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422014000100011>. Acesso em: 12 abr. 2018.

JUNIOR, A. P. N. et al. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation/agitation scales among critically ill patients. **São Paulo Med J**, São Paulo, v. 126, n. 4, p. 2015-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v126n4/03.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

LANDEIRO, M. J. L. et al. Educational technology in care management: technological profile of nurses in Portuguese hospitals. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. Esp2, p.150-155, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800150>. Acesso em: 17 jun. 2018.

LEGRAND, S. B. Delirium in palliative medicine: a review. **J Pain Symptom Manag**, v. 44, n. 4, p. 583-94, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682074>>. Acesso em 12 de maio 2019.

LIU, Y. et al. Prevalence, intensity, and prognostic significance of common symptoms in terminally ill cancer patients. **J Palliat Med**, v. 16, n.7, p.752-7, 2013. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1089/jpm.2013.0028>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

LYNCH, M. Nausea and vomiting. In: DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016. p. 289-300.

SÁNCHEZ, J. R. L.; LARGACHA, S. R. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. **Rev Cienc Salud**, v.16, n. 2, p. 340-356, 2018. Disponível em: <<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6773>> . Acesso em: 12 jan. 2019.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.

_____. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php.bid>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

MANFREDINI, L. L. **Tradução e validação da Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), em pacientes com câncer avançado**. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014. Disponível: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/lucianamanfredini.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. de O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios para a Implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2 p.254-263, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523>>. Acesso em: 13 abr. 2018

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 2. ed. New York: Harper and Row, 1970.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23-30.

MCMILLAN, S. C.; WILLIAMS F. A. Validity and reliability of the constipation assessment scale. **Cancer Nurs**, v.12, n. 3, p.183-188, 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2743302>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MEDONÇA, S.; BASTOS, M. L.; RAMOS, A. Estratégias de Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que cuidam de Clientes em Situação Crítica: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 3, dez 2016. Disponível em: <http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/155>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MERHY, Emerson Elias. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MONTEIRO, D. Tradução e adaptação transcultural do instrumento edmonton symptom assessment system para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a21.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MORAIS, S. R. et al. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Rev Dor**, v.17, n. 2, p.136-40, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200136>. Acesso em: 12 jan. 2019.

NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE. **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**. 3. ed. Pittsburgh: National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2013. Disponível em: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/wpcontent/uploads/2017/04/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

NETO, V. L de S. et al. O Raciocínio Clínico na Construção do Diagnóstico de Enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10419/11204>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

NICKEL, L. et al. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Esc Anna Nery**, v. 20, n.1, p.70-76, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0070.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

OLIVEIRA, L. O.; SOBRINHO, N. P.; CUNHA, B. A. S. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. **Rev Dor**, v. 17, n. 3, p. 219/22, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0219.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

OLIVEIRA, R. S. et al. Reflexões sobre as Bases Científicas e Fundamentação Legal para Aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. **Revista UNIABEU**, v.8, n. 20,

2015. Disponível em: <<http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912>>. Acessado em: 12 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília, 2015. Disponível: <https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
PAIN ASSESSMENT METHOD- PQRST. Disponível em: <<http://www.crozerkeystone.org/healthcareprofessionals/nursing/pqrst-pain-assessment-method>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

PONTALTI, G. et al. Hipodermóclise em Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 2, p. 276-287, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28551/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PRAYCE, R; QUARESMA, F; NETO, I. G. Delirium: O 7º Parâmetro Vital? **Acta Med Port**, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573769>> Acesso em: 12 abri. 2019.

PARKER, D.; HODGKINSON, B. Comparison of palliative care outcome measures used to assess the quality of palliative care provided in long-term care facilities: a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 25, n. 1, p. 5-20, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20817748>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007.

PISSAIA, L. F. et al. Tecnologias da informação e comunicação na assistência de enfermagem hospitalar. **R Epidemiol Control Infec**, v. 7, n. 4, p. 203-207. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8959>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 30, n. 3, p.473-83. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/145328098/Questionario-de-Dor-McGill-Proposta-de-Adaptacao-Para-aLingua-Portuguesa-Cibele-Andrucioli-de-Mattos-Pimenta>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

POLETTO, S.; BETTNELLI, L. A.; SANTIN, J. R. Vivências da Morte de Pacientes Idosos na Prática Médica e Dignidade Humana. **Rev. bioét. (Impr.)**, v.24, n. 3, p: 590-5, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n3/1983-8042-bioet-24-03-0590.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

QUEIRÓZ, D. T. G. et al. DOR – 5º SINAL VITAL: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 7186-92, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10477/11322>>. Acesso: 20 jun. 2019.

RÊGO, L. de P.; SANTOS, L. M. A.; SANTOS, A. L. S. Elaboração e Consenso de uma Tecnologia Assistencial para Avaliação Clínica de Enfermagem no Período Pós-operatório. **Revista Espaço Para A Saúde**, v. 15, n. 4, p. 76-85, out./dez, 2014. Disponível em:

<http://www.develoeys.com/index.php/espacosaude/article/view/551/pdf_49>. Acesso em: 12 jun. 2018.

REITZ, M.; SCHINDLER, C. A. Pediatric Kennedy Terminal Ulcer. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 30, n. 3, 2016. Disponível em: <https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1394&context=nursing_fa>. Acesso em: 15 agosto 2018.

ROULEAU, G.; GAGNON, M.; CÔTÉ, J. Impacts of information and communication technologies on nursing care: an overview of systematic reviews (protocol). **Syst Rev**, v. 4, n. 75, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26002726>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SANTANA, J. C. B. et al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Rev. Bioét**, v. 25, n. 1, p. 158-67, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422017000100158&lang=pt>. Acessado em: 20 jun. 2017.

SANTOS, W.N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculo da implantação. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p.153-158, 2014. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod_resource/content/1/SAE_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SANTOS, E. C.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 4, p. 363-73, 2016. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0363.pdf>>. Acessado em: 12 jan. 2017.

SÁ, T. Q. V. et al. Desenvolvimento do Aplicativo “Cuidados Paliativos” para Auxílio na Avaliação e Assistência de Pacientes. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, n. 33, p. 27-36, 2018. Disponível em: <<https://www.rilp-aulp.org/index.php/rilp/article/view/RILP2018.33.2>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SÁNCHEZ, J. R. L.; RIVERA-LARGACHA, S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. **Rev. Cienc. Salud**, v.16, n. 2, p. 340-356, mayo-agosto de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273recis-16-02-340.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SILVA, R. S. da.; MEDEIROS, A. C. T. de.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de Enfermagem no Contexto dos Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019. p. 113-131.

SILVA, M. G.; TEIXEIRA, G. A. da S.; SILVA, R. S. A Enfermagem e os Cuidados Paliativos à Pessoa Adulta. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019. p. 193-215.

SILVA, M. M.; SANTOS, M. T. Os paradigmas de desenvolvimento de aplicativos para aparelhos celulares. **Rev T.I.S**, v.3, n. 2, p.162-70, 2014. Disponível em : <<http://www.revistatis.dc.ufscar.br/index.php/revista/article/view/86/80>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, R. S. da.; SILVA, M. J. P. da. A enfermagem e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019. p. 3-36.

SILVA, K. O. et al. Perfil de pacientes oncológicos que apresentam constipação intestinal durante o tratamento analgésico em uma casa de acolhimento ao paciente oncológico do Sudoeste da Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, v. 15, n. 2, p. 157-164, mai./ago. 2016.

Disponível em:

<<https://www.politicasculturaisemrevista.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14301/12739>> Acesso em: 12 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Dor – 5 Sinal Vital**. São Paulo: SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2017.

SPERANDIO, D. J. **A Tecnologia Computacional Móvel na Sistematização da Assistência de Enfermagem: Avaliação de um Software-protótipo**. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. Management of Advanced Disease. In: SAUNDERS, D. C. **Introduction**. London: Arno, 2004.

SMELTZ, R. Anorexia and Cachexia. In: DAHLIN, C.; COYNE, P. J.; FERRELL, B. R. **Textbook of advanced practice palliative nursing Oxford**. UK: Oxford University Press, 2016. p. 254-259.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death**. Ranking end-of-life care across the world. London, 2010. 38p. Disponível em:<

<https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. **The 2015 quality of death index**. Ranking palliative care around the world. London, 2015. 68p. disponível em:

<<https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

TIBES, C. M.; DIAS, J. D.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/940>>. Acesso em: 12 jun. 2018

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 569-75, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

VÊSCOVI, S. J. B. et al. Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 6, p. 607-13, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0607.pdf>>. Acesso em: 12 de maio 2019.

VICENSI, M. do C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/19838034-bioet-24-1-0064.pdf>>. Acessado em: 16 jun. 2018.

VIEIRA, R. C. et al. Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 8, p. 20 – 40, 2017. Disponível em: <<https://tangara.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1888/2230>>. Acesso em 12 de maio 2019.

WATSON J. **Nursing: The Philosophy and Science of Caring**. Revised ed. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WILLIAMS, A.; CRAIG, K.D. Updating the definition of pain. **Pain**, v.157, n. 11, p. 2420-3, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27200490>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHO). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. England: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Cancer pain and palliative care**. Geneva: WHO, 1990.

_____. **Definition of palliative care**. Genebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

XAVIER, M. S.; MIZIARA, C. S. M.; MIZIARA, I. D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 26-34, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sej/article/viewFile/97135/96202>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P - The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Letícia Pontes, Mitzzy Tannia Reichembach Danski; Márcia Helena de Souza Freire, Bruna Morelli Bottega, Jéssica de Fátima Gomes Pereira, Mariá Comparin Machado, Franciele Rocha, Fabíola do Nascimento Moreira, Vanda Aparecida Tolari, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, enfermeiro, que assiste paciente em tratamento clínico, submetido a procedimento cirúrgico, em cuidados paliativos, em cuidados intensivos e crianças em suspeita de morte encefálica a participar de um estudo intitulado TECNOLOGIAS PARA QUALIFICAR E CONSOLIDAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS DIFERENTES CENÁRIOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL.

O Processo de Enfermagem contempla cinco etapas inter-relacionadas e, a primeira etapa caracteriza-se pela avaliação do paciente por meio da anamnese e do exame físico. Considerando a dinâmica do processo de trabalho do enfermeiro, acreditamos na necessidade de uma tecnologia assistencial para a avaliação clínica específica do enfermeiro. A avaliação direcionada a aspectos relevantes para os cuidados de enfermagem contribuirá para um plano de cuidado individualizado mais efetivo e, conseqüentemente proporcionará segurança do paciente e qualidade da assistência.

A sua participação é de grande valia, pois certamente sua *expertise* na assistência de pacientes hospitalizado contribuirá na construção de uma inovação no processo de avaliação clínica do enfermeiro.

O objetivo desta pesquisa é Desenvolver Tecnologias Assistenciais para Avaliação Clínica do Enfermeiro de pacientes em cuidados de saúde no ambiente hospitalar.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário com seus dados sócio-demográficos, de formação acadêmica e sobre o conhecimento e sua prática profissional com a avaliação clínica do paciente sob seus cuidados. Participará, ainda, de dois encontros com os pesquisadores e outros enfermeiros participantes da pesquisa, com o objetivo de contribuir para a construção de uma tecnologia assistencial que auxilie o enfermeiro na avaliação clínica do paciente sob seus cuidados. Esses encontros serão agendados previamente de acordo com a sua disponibilidade dos participantes e, ocorrerá em uma sala do Complexo Hospital de Clínicas.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer nos encontros agendados previamente, pelos pesquisadores, em espaço do Complexo Hospital de Clínicas para participar de dois encontros que terão como objetivo de discutir sobre “Avaliação Clínica do

Enfermeiro para a efetivação do Processo de Enfermagem” e Conhecer a Tecnologia Assistencial desenvolvida para Avaliação Clínica do Enfermeiro e contribuir para seu aprimoramento. Esses encontros serão de aproximadamente uma hora.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à risco de constrangimento na fase de obtenção dos dados, quando deverá descrever sobre sua prática em relação a avaliação clínica.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: O desenvolvimento de uma Tecnologia Assistencial, para avaliação clínica específica do enfermeiro, auxiliará esse profissional na elaboração dos diagnósticos de enfermagem e do planejamento do cuidado. Os pacientes hospitalizados se beneficiam por meio da avaliação clínica do enfermeiro, que evidencie aspectos importantes relacionados à sua condição clínica.

Os pesquisadores Letícia Pontes, Mitzy Tannia Reichembach Danski; Márcia Helena de Souza Freire, Bruna Morelli Bottega, Jéssica de Fátima Gomes Pereira, Mariá Comparin Machado, Franciele Rocha, Fabíola do Nascimento Moreira, Vanda Aparecida Tolari, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo pelo e-mail *mestradoprofissionalenfermagem@ufpr.br* ou pelo telefone (41) 3361-3626 em horário comercial (das 08h00 as 17h00). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99910-0305 disponível nas 24 horas, com acesso direto com o pesquisador Letícia Pontes).

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, isto é, os pesquisadores desta pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

O material obtido pelo questionário e as contribuições fornecidas nos encontros de discussão serão utilizados unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de dois anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

(O Senhor, a Senhora) terá a garantia de que problemas como: constrangimento, decorrentes do estudo, o grupo de pesquisadores tratará individualmente, garantindo seu anonimato nos relatos realizados aos pesquisadores, assim como oferecerão a liberdade do seu afastamento da pesquisa.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para minha atividade profissional.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome completo, legível do Participante

Assinatura do Participante

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, __/__/____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – 1ª FASE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Avaliação Clínica do Enfermeiro

Olá, você está sendo convidado a responder o questionário de conhecimento e prática profissional da avaliação clínica do enfermeiro.

Identificação:

1. Sexo: masculino feminino. 2. Idade: _____ anos.
3. Estado civil: Solteiro Casado/União estável Divorciado Viúvo.
4. Filhos: sim, quantos: _____ não.

Formação acadêmica e experiência profissional:

5. Universidade de graduação: _____.

6. Ano de formação: _____.

7. Tempo de atuação como enfermeiro: _____.

8. Pós-Graduação: Especialização. Qual área? _____.

Residência. Qual área? _____.

Mestrado. Qual área? _____.

Doutorado. Qual área? _____.

9. Há quanto tempo trabalha no atual setor? _____.

10. Em que outras áreas você já trabalhou como enfermeiro:

Conhecimento e prática profissional da avaliação clínica:

11. O que é avaliação clínica para você?

12. Quais aspectos, do seu paciente, você explora em sua avaliação clínica?

13. Marque a alternativa que melhor corresponde ao que você acredita:

A) Considero meu nível de conhecimento sobre avaliação clínica adequado:

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente
 concordo parcialmente concordo totalmente

B) Considero que realizo uma adequada avaliação clínica diária:

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente
 concordo parcialmente concordo totalmente

C) A avaliação clínica do enfermeiro é importante para a realização do plano diário de cuidado:

discordo totalmente discordo parcialmente indiferente
 concordo parcialmente concordo totalmente

14. Que ferramentas ou tecnologias você utiliza para o desenvolvimento da avaliação clínica na sua prática diária?

15. Na realização do exame físico diário, quais conhecimentos, equipamentos/ materiais e/ou instrumentos você utiliza?

16. Quais sinais e sintomas você busca durante o exame físico do paciente em Cuidados Paliativos?

17. Quais as especificidades da avaliação clínica do paciente em Cuidados Paliativos?

18. Quais os achados mais frequentes no exame físico de pacientes em Cuidados Paliativos?

Fonte: Autora, 2018.

Obrigada por fazer parte desta pesquisa. Sua contribuição é muito valiosa!

Curitiba, setembro de 2018.

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

(Continua)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS PARA QUALIFICAR E CONSOLIDAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS DIFERENTES CENÁRIOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Pesquisador: LETÍCIA PONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95076818.0.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.947.877

Apresentação do Projeto:

Projeto do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, intitulado "Tecnologias para qualificar e consolidar a sistematização da assistência de enfermagem nos diferentes cenários da prática profissional". Pesquisadora principal: Profa. Dra. Letícia Pontes. Professoras colaboradoras: Profa. Dra. Mitzy Tannia Reichembach Danski e Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire. Mestrandos colaboradores: Bruna Morelli Bottega; Jéssica de Fátima Gomes Pereira; Mariá Comparin Machado; Franciele Rocha; Fabíola Nascimento; Vanda Aparecida Tolari, que será realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e coparticipação Hospital Infantil Waldemar Monastier.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Desenvolver tecnologias assistenciais que auxiliem o enfermeiro na avaliação clínica diária de pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente em tratamento clínico; (Desenvolvido pela Mestranda Bruna Morelli Bottega)
- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente submetido a procedimento

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.947.877

cirúrgico; (Desenvolvido pela Mestranda Fabíola Nascimento)

- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente crítico; (Desenvolvido pela Mestranda MariáComparim)

- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente sob cuidados paliativos; (Desenvolvido pela Mestranda Jéssica de Fátima Gomes Pereira)

- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente pediátrico em morte encefálica; (Desenvolvido pela Mestranda Vanda Tolari)

- Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do neonato em cuidados intensivos. (Franciele Rocha)

- Implantar as tecnologias assistências desenvolvidas nas unidades campo da pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS: Espera-se que o desenvolvimento de uma Tecnologia Assistencial para a avaliação clínica específica do enfermeiro, possa fornecer informações efetivas que tragam elementos para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e a definição das melhores estratégias de intervenção, de maneira a consolidar a prática clínica da enfermagem, contribuir para o bom emprego do PE e materializar a SAE.

RISCOS: Há risco de constrangimento dos participantes na fase de obtenção dos dados, por meio de consulta da sua prática em relação a avaliação clínica, utilizando-se da sua expertise.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, a ser desenvolvida no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (Unidade de Clínica Médica; Unidade de Cirurgia Geral; Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade Pediátrica) e no Hospital Infantil Waldemar Monastier (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), localizados na cidade de Curitiba e Campo Largo – Paraná, respectivamente. Os participantes serão todos os enfermeiros assistenciais que atuam nos três turnos de trabalhonas unidades mencionadas. de: Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica; Clínica Médica e Cirúrgica do complexo Hospital de Clínicas da UFPR e, da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Waldemar Monastier.

Como critérios de inclusão elencaram-se: atuar como enfermeiro assistencial nas Unidades campo da pesquisa; interesse em participar da discussão do tema da pesquisa; concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-1041

Fax: (41)3380-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.947.877

exclusão: estar afastado das atividades assistenciais no período de coleta de dados; declarar não haver interesse em participar da discussão do tema da pesquisa.

A primeira etapa da pesquisa terá duas fases. Na primeira fase da coleta de dados, realizar-se-á: a) busca bibliográfica, em bases de dados científicos, sobre o objeto de pesquisa, a saber – avaliação clínica e tecnologia assistencial; b) busca de informações junto aos participantes da pesquisa, em relação a sua prática na avaliação clínica do paciente sob seus cuidados. Após a obtenção dos dados, se iniciará a construção da Tecnologia Assistencial proposta.

Na segunda fase, os dados serão obtidos por meio de dois encontros entre pesquisador e participantes, que terão espaço para discussão sobre "Avaliação Clínica do Enfermeiro para a efetivação do Processo de Enfermagem"; Apresentação da Tecnologia Assistencial para avaliação clínica do enfermeiro aos participantes. Após apreciação da tecnologia, os participantes farão uma avaliação e apresentarão possíveis contribuições para o aprimoramento da tecnologia. Esses dados serão registrados em um diário de campo, para posterior análise, a partir da triangulação dos dados obtidos – informações dos participantes da sua prática clínica – dados da literatura.

A segunda etapa da pesquisa terá como objetivo implantar a Tecnologia Assistencial desenvolvida. Acredita-se que o desenvolvimento de uma Tecnologia Assistencial para a avaliação clínica específica do enfermeiro, possa fornecer informações efetivas que tragam elementos para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e a definição das melhores estratégias de intervenção, de maneira a consolidar a prática clínica da enfermagem, contribuir para o bom emprego do PE e materializar a SAE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas adequadamente. Projeto aprovado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br