

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM, ACERCA DOS CUIDADOS
PALIATIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS**

Autora: Milena Santos de Oliveira
Aluna colaboradora: Milena da Silva
Orientadora: Mirella Romão Martins
Co-orientadora: Claudiane Maria U. Ventura

Recife/PE

2020

Conhecimentos e práticas dos profissionais de enfermagem, a cerca dos Cuidados Paliativos Neonatais.

Autora: Milena Santos de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem na Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: + 55 (81) 99571-0331

E-mail: contatomilenasantosoli@gmail.com

Aluna Colaboradora: Milena da Silva

Acadêmica de Enfermagem na Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: + 55 (81) 98686-7829

E-mail: milenadasilva34@gmail.com

Orientadora: Mirella Raquel Romão Martins

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Pós-Graduação de Enfermagem em Oncologia, Hematologia Clínica e Cirúrgica e Molecular. Atua como preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Cancerologia - IMIP, Enfermeira gerente do Ambulatório do Serviço de Oncologia Clínica Adulto do IMIP e Tutora de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: +55 (81) 99926-0003

E-mail: mirellaromao@fps.edu.br

Co-orientadora: Claudiane Maria Urbano Ventura

Graduação bacharelado em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda, FUNESO. Especialização em Enfermagem Neonatal. Mestre em Saúde Materno Infantil. Atua como Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Enfermeira gerente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP.

Telefone: +55 (81) 999329331

E-mail: claudiane.v@fps.edu.com

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter estado presente na minha vida desde meu nascimento, por ter me presenteado com oportunidades incríveis, por ter me proporcionado condições para estudar, e me abençoado com paciência, garra e coragem para seguir enfrentando todos os obstáculos, por sempre me sustentar e ser meu refúgio.

A minha família por todo carinho e apoio, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem nos momentos difíceis dessa caminhada até a minha formação, e por todo investimento em meu futuro e carreira.

Ao meu esposo, meu maior incentivador, que nunca me deixou desistir mesmo nos momentos de dificuldade, me ajudou a manter o foco, procurando sempre melhorar para que eu possa me tornar uma excelente profissional, por todo amor e paciência demonstrado durante minha trajetória como acadêmica.

A minha amiga Milena Silva, colaboradora do meu projeto e de toda minha trajetória no curso, pelo apoio, vínculo e amizade fortalecidos no decorrer dos anos.

A minha tutora e Orientadora Mirella Romão, sou grata pela confiança depositada na minha proposta de projeto, por toda paciência e noites de sono sacrificadas para me ajudar e orientar.

A minha tutora e Co-orientadora Claudiane Ventura por todo apoio a mim ofertado, pela sua excelência de qualidade técnica, e por aceitar conduzir o meu trabalho de conclusão de curso.

SIGLÁRIO

ACNP	ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CP	CUIDADOS PALIATIVOS
CPC	CONHECIMENTOS E PRÁTICAS
CPP	CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
CPPN	CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS E NEONATAIS
FPS	FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
HGP	HOSPITAL GERAL PEDIÁTRICO
IMIP	INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
RN	RECÉM-NASCIDO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SC	SUBCUTÂNEA
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
UTIN	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
UTIP	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
VO	VIA ORAL

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: ANÁLISES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL. RECIFE, PQ, 2020.

TABELA 2: ANÁLISES DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CPPN. RECIFE, PE, 2020.

TABELA 3: ANÁLISES DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS EM CPPN. RECIFE, PE, 2020.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: ANÁLISE DO ANO DE FORMAÇÃO DA AMOSTRA;

GRÁFICO 2: ANÁLISE ESTATÍSTICA DO NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO DA AMOSTRA;

GRÁFICO 3: ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL;

GRÁFICO 4: ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ACESSO A TREINAMENTO ESPECÍFICO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS;

GRÁFICO 5: ANÁLISE ESTATÍSTICA DA CLASSIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS QUE O ENTREVISTADO SE JULGA POSSUIR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS.

RESUMO

A expansão tecnológica proporcionou o desenvolvimento de todas as áreas dos cuidados da saúde, modificando o perfil dos pacientes e das doenças. Entretanto, apesar do aparato tecnológico, algumas crianças ainda vivem em condições que ameaçam a vida. Tornando evidente que os Cuidados Paliativos devem ser aplicados como medida preventiva do sofrimento e quando não existe terapêutica que modificará a doença, sendo indicada logo após que se estabeleça o diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e prática dos Enfermeiros, a cerca dos Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos. **Método:** estudo do tipo Transversal, descritivo prospectivo de natureza quantitativa. O estudo foi realizado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas e nos Hospitais Gerais Pediátricos do complexo hospitalar do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, no período de setembro a outubro de 2020. O estudo seguiu a resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº do CAAE 35866720.3.0000.5201. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes enfermeiros, que se enquadraram no perfil da pesquisa, assinaram o TCLE e responderam o questionário online, através da plataforma do Google forms, aplicativo que gera formulários, por meio de uma planilha no Google Drive. **Resultados e discussões:** Obtivemos como resultados dados estatísticos sociodemográficas da amostra, de conhecimentos e de práticas profissionais, através de uma série de perguntas objetivas e diretas sobre cuidados paliativos em pediatria e neonatologia. Analisando estes dados observamos um dado importante em que 92,3% consideram que os cuidados paliativos são destinados apenas para pacientes acima de 65 anos de idade ou em situação agônica, não para neonatos e crianças, e 100% da

amostra considera que cuidados paliativos são apenas direcionados para pacientes em estado terminal. **Conclusão:** concluímos que há uma continuidade de equívocos relacionados aos cuidados paliativos, evidenciado um déficit de quando iniciar a aplicação do cuidado e para quais pacientes são destinados, arriscando que o cliente não possua a adequada assistência, o esperado bem-estar e a sonhada qualidade de vida durante o enfrentamento do processo saúde-doença, o que induz ao possível cometimento de erros durante a prática, resultando em intervenções desnecessárias em pacientes já fragilizados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Dor, Enfermagem Neonatal.

SUMMARY

The technological expansion has provided the development of all areas of health care, changing the profile of patients and diseases. However, despite the technological apparatus, some children still live in life-threatening conditions. Making it clear that Palliative Care should be applied as a preventive measure of suffering and when there is no therapy that will modify the disease, being indicated soon after the diagnosis is established. **Objective:** To evaluate the knowledge and practice of Nurses, about Neonatal and Pediatric Palliative Care. **Method:** Transversal type study, prospective descriptive of quantitative nature. The study was carried out in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Units and in the Pediatric General Hospitals of the Hospital Complex of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, from September to October 2020. The study followed resolution 510/16 of the National Health Council and was approved by the Research Ethics Committee No. CAAE 35866720.3.0000.5201. The data collection occurred after the project was approved by the Research Ethics Committee. The participants nurses, who fit the profile of the survey, signed the TCLE and answered the questionnaire online through the Google forms platform, an application that generates forms through a spreadsheet on Google Drive. **Results and discussions:** We obtained as results socio-demographic statistical data from the sample, knowledge and professional practices, through a series of objective and direct questions about palliative care in pediatrics and neonatology. Analyzing these data we observed an important data in which 92.3% consider that palliative care is only intended for patients over 65 years of age or in an agonical situation, not for neonates and children, and 100% of the sample considers that palliative care is only directed to patients in a terminal state. **Conclusion:** we conclude

that there is a continuity of misconceptions related to palliative care, evidencing a deficit of when to start applying care and for which patients they are destined, risking that the client does not have the adequate assistance, the expected well-being and the dreamed quality of life during the health-disease process, which induces the possible making of mistakes during the practice, resulting in unnecessary interventions in already weakened patients.

Keywords: Palliative Care, Palliative Care Nursing in Terminality of Life, Neonatal Intensive Care Units, Pain, Neonatal Nursing.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	12
II. JUSTIFICATIVA	18
III. OBJETIVOS.....	19
IV. METODOLOGIA	20
4.1 Desenho do estudo.....	20
4.2 Local do estudo	20
4.3 Período do estudo.....	22
4.4 População do estudo	22
4.5 Critérios de Elegibilidade.....	22
4.5.1. Critérios de Inclusão.....	22
4.5.2. Critérios de Exclusão.....	22
4.6 Definição de Termos e Variáveis	23
4.7 Instrumento de Coleta de Dados	24
4.7.1 Procedimentos para Coleta de Dados	24
4.7.2 Fluxograma para captação e acompanhamento dos participantes.....	25
4.8 Análise e apresentação de dados	25
4.9 Considerações Éticas	26
V. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
VI. GRÁFICOS E TABELAS.....	35
VII. CONCLUSÃO.....	42
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

I. INTRODUÇÃO

A expansão tecnológica ocorrida nas últimas décadas proporcionou o desenvolvimento de todas as áreas dos cuidados da saúde, modificando o perfil dos pacientes e das doenças. Na neonatologia, os prematuros e recém-nascidos com baixo peso apresentam taxas de sobrevivência cada vez maiores. Entretanto, apesar do aparato tecnológico, algumas crianças ainda vivem em condições que ameaçam a vida: as portadoras de sequelas graves ou que necessitam de cuidados especiais ou as que, em alguns casos, não respondem aos modernos tratamentos instituídos para suas doenças.¹

Tornando evidente que os Cuidados Paliativos (CP) devem ser aplicados como medida preventiva do sofrimento e quando não existe terapêutica que irá modificar a doença, sendo indicada logo após que se estabeleça o diagnóstico.¹

Os Cuidados Paliativos Pediátricos e Neonatais (CPPN), são implementados progressivamente e ajustados às necessidades impostas pela doença e seu tratamento, devendo ser individualizada àquela criança ou recém-nascido (RN).¹

CP são conjuntos de ações integrativas aos pacientes terminais, com o objetivo de proporcionar completa atenção ao cliente promovendo melhora dos sintomas ou alívio momentâneo. Não sendo capaz de gerar a cura de determinada enfermidade, mas estimulando uma boa qualidade de vida e de bem-estar.

Segundo a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revisada em 2002, CP é: “Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.²

Essa definição trouxe consigo um impacto social e profissional, pois doentes terminais passaram de ser vistos como “*casos perdidos*” para pessoas que merecem ter qualidade de vida, e que são dignas de tratamento humanizado até o dia de sua morte. Essa definição levou a criação de políticas públicas, que passaram a ofertar CP no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ACNP)², a origem desses cuidados se confunde historicamente com o termo *hospice*, que na antiguidade eram abrigos e instituições de caridade que recebiam e cuidavam de peregrinos e viajantes. O movimento *Hospice* Moderno introduzido pela inglesa Cicely Saunders (Assistente Social, Enfermeira e Médica) permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas também promoveu o desenvolvimento de ensino e pesquisas na área do cuidado. Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS criou grupos de trabalhos responsáveis por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice*. O termo “Cuidados Paliativos” nessa época já era utilizado no Canadá e passou a ser adotado pela OMS.

No Brasil, desde década de 1980 houve um crescimento significativo das boas práticas de CP, tendo assim uma boa evolução histórica e aplicabilidade em serviços de saúde públicos e privados.²

No decorrer desse desenvolvimento foram criados, definidos e aplicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002, nove princípios dos CP, como: (1) Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; (2) Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; (3) Não acelerar nem adiar a morte; (4) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; (5) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; (6) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a

doença e o luto; (7) Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; (8) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e (9) Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhorar, compreender e controlar situações clínicas estressantes.²

Segundo o Conselho Federal de Medicina, lei nº 1913, de 17 de setembro de 2009, que entrou em vigor dia 13 de abril de 2010, diz que, “O Avanço da tecnologia aplicada à Medicina tem como consequência o prolongamento da vida de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas. Porém, esse período pode tornar-se, muitas vezes, excessivamente sofrido e longo. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos no momento do diagnóstico e durante todo o curso de doença com pouca expectativa de cura, qualquer que seja seu desfecho, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e atender às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da criança enferma e de sua família, com foco no cuidar”.³

Quando falamos em cuidados neonatais, nos referimos a um grupo de pacientes considerados desde o dia de seu nascimento até o 28º dia de vida, sendo assim pacientes frágeis e com possíveis problemas de saúde particulares de sua faixa etária. São consideradas crianças a partir dos 2 anos até 12 anos de idade, sendo tratadas em unidades pediátricas.

Esforços foram realizados para aplicação dos CPPN, foram criadas diversas estratégias para corroborar a importância deste cuidado. De acordo com o Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Pediatria, existem quatro condições elegíveis para CPPN: (1) condições

para as quais a cura é possível, mas pode falhar; (2) Condições que requerem tratamento complexo e prolongado; (3) Condições em que o tratamento é apenas paliativo desde o diagnóstico; e (4) Condições incapacitantes graves e não progressivas. Existem diversas particularidades, patologias e sintomas com mais afinidade com cada categoria de elegibilidade para Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP).⁴

O CP parte do princípio de identificação de sinais e sintomas que possam causar desconforto ao paciente. A enfermagem por ser uma profissão que está estritamente envolvida com o cuidado ativo e permanente, é, portanto, o principal instrumento de prestação de serviços de CP para estes clientes. Sendo assim de extrema importância o envolvimento de Enfermeiros com conhecimentos e práticas em CP nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) e Pediátricas (UTIP), e enfermarias clínicas e cirúrgicas. Sabendo identificar riscos de vida, e realizando intervenções necessárias para manutenção da qualidade de vida desses menores.

A implantação dos CP na infância é de grande relevância devido ao nível de fragilidade e dependência desses clientes, sendo intervenções direcionadas não apenas a criança, mas também para sua família, com base em cuidados integrativos e holísticos, podendo ser compreendido como a manutenção constante do bem-estar físico e mental. Dentre esse ininterrupto suporte, o cliente deverá receber regularmente aquilo que lhe proporcione conforto, comodidade e satisfação até seu finamento.²

Assim como a história dos CP, na neonatologia e pediatria este cuidado ainda vem conquistando seu espaço, atualizações e avanços em seu nível assistencial.

Pilares são aplicados nos CPP, sendo bases de firmamento para inserção deste modelo de cuidado. O alívio do sofrimento por meio do adequado manejo dos sintomas físicos e dos agravos emocionais dos clientes e familiares são os alicerces deste modelo.

O conceito de “Dor total”, o primeiro pilar de CPP, segundo Cicely Saunders (1967) inclui “o sofrimento físico, psíquico, espiritual, mental, social e financeiro do paciente, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe médico-hospitalar”.⁵

Assim a avaliação e o cuidado adequado da dor, indicam uma qualidade na assistência prestada, sendo utilizadas ferramentas específicas para identificação, e podendo ser tratada através de manejo farmacológico, não farmacológico ou associado.

O segundo pilar dos CPP, é o Processo de Comunicação, que recebe como definição a sentença: Tornar Comum. Possibilitando a compreensão e o entendimento do paciente e seus familiares do processo saúde-doença, e estabelecendo o vínculo profissional-paciente-família.⁵

A enfermagem possui papel importantíssimo na comunicação com paciente e seus responsáveis, logo, muitas vezes a comunicação de má notícia predispõe uma ação negativa no processo de qualidade de vida da criança.

O Suporte a morte e ao luto pelos profissionais de saúde dado aos familiares, propõe o cuidado contínuo mesmo após a morte do neonato ou criança, sendo esse um dos princípios dos CP.

O Processo da morte infantil é considerado um momento perturbador para qualquer pessoa envolvida, e que mantém vínculo com esse menor. A morte de uma criança pode gerar conflitos internos, psicossociais, religiosos e psicológicos. Os danos causados pela perda devem ser acompanhados pelos profissionais de saúde enfermeiros, afim de prever danos graves e permanentes. O acompanhamento destes familiares e pessoas próximas pode proporcionar a estes um devido processo de luto, sendo vivenciado em cada uma de suas fases.

John Bowlby, psicólogo e psicanalista britânico, responsável pela grande teoria do Apego, em 1990, definiu as fases do luto, sendo elas, “(1) o entorpecimento: fase de choque e negação da realidade, na qual as pessoas ficam aflitas, geralmente possui duração de horas ou até uma semana; (2) o anseio: marcada pelo desejo de recuperar o ente querido, o enlutado passa a ter sonhos com seu ente, apresenta inquietação, culpa e ansiedade; (3) a desorganização e o desespero: sentimentos de raiva e tristeza são comumente encontrados, pois a pessoa se sente abandonada pela pessoa que partiu e incapacitada de fazer algo. No entanto a pessoa que viver todos os sentimentos de raiva, choque, tristeza, entorpecimento é que conseguirá se restabelecer; (4) a reorganização: embora com saudade presente, e ainda se adaptando às modificações causadas pela perda, poderá retomar suas atividades, completando a última fase do luto”.⁶

Diante disto, entendemos que a morte e o luto são processos inevitáveis da vida, fazem parte do ciclo vital, e a aceitação deste processo ajuda ao familiar ou pessoa próxima daquela criança a recuperar-se do acontecimento fatídico da morte.

II. JUSTIFICATIVA

Observamos a existência de poucos estudos e dados disponíveis relacionados à análise dos conhecimentos e práticas dos Enfermeiros a respeito dos cuidados paliativos neonatais e pediátricos.

A realização desta pesquisa faz-se necessária devida à importância deste cuidado aplicado aos recém-nascidos termos e pré-terms e crianças, possibilitando a percepção e atuação eficaz de intervenções necessárias a estes pacientes. Ofertando participação e respeito do núcleo familiar no processo do cuidado, tendo direito de expor suas vontades e opiniões diante do seu processo de adoecimento e tratamento.

Sendo também de importância pessoal para mim, devido à afinidade que apresento diante da área da neonatologia e pediatria e grande interesse acerca dos cuidados paliativos. Possibilitando para mim satisfação e realização ao escrever este estudo.

III. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar os Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros, a cerca dos Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos.

Objetivos Específicos

- Descrever as características dos enfermeiros de acordo com as variáveis sociodemográficas, formação e atuação profissional;
- Especificar as aptidões dos enfermeiros em relação aos seus conhecimentos e práticas nos cuidados paliativos neonatais e pediátricos;
- Comparar conhecimentos e práticas sobre cuidados paliativos neonatais e pediátricos de acordo com as variáveis de formação e atuação profissional, treinamento específico e experiência prévia a cerca dos cuidados paliativos na infância.

IV. MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, descritivo, prospectivo de natureza quantitativa.

O estudo do tipo Transversal possui caráter descritivo do momento da população, revelando um retrato da situação que avaliaremos nesta pesquisa, determinada pelo interesse e desfecho desta investigação na população de estudo definida.⁷

O estudo descritivo explora as distribuições de eventos e por estudos analíticos, que avaliam as associações para realizar inferências sobre relações causa-efeito. Já as pesquisas exploratórias proporcionam uma maior característica de saúde em uma população. Os estudos descritivos são normalmente seguidos ou acompanhados por familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.⁷

A escolha pela abordagem quantitativa deve-se ao fato da mesma possibilitar, seja na coleta, seja no tratamento das informações, transformar os dados coletados e quantificá-los, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que não gere possíveis distorções de análise e interpretação, o que propicia maior margem de segurança.⁸

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Neonatais internas e externas, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, e nos Hospitais Gerais Pediátricos localizados no

complexo hospitalar do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na Rua dos Coelhos, nº 300 – Bairro: Boa Vista, Cidade: Recife/PE, CEP: 50070-550, Fone: (81) 2122.4100. A justificativa da escolha dessa Instituição deve-se ao fato de ser hospital referência no Estado de Pernambuco.

Atualmente a unidade neonatal interna do IMIP é um dos principais centros destinados para o tratamento das afecções neonatais do Norte-Nordeste, dispondo desde 2002 de uma capacidade de 50 leitos destinados para recém-nascidos termos e pré-terms com uma média de admissão mensal de 100 a 190 RN's. A unidade neonatal está dividida em seis setores distintos, correspondendo a 18 leitos de UTI e 32 leitos de cuidados intermediários. Esta é considerada interna, pois recebe RN's nos quais as mães pariram no hospital do IMIP.

Já a unidade neonatal externa, está situada dentro do Hospital Geral Pediátrico VI (4º HGP), no quarto andar do IMIP, possuindo 3 enfermarias (A/B/C), com 8 leitos em cada, totalizando 24 leitos, destinados para os RNs que nasceram fora do IMIP e foram transferidos ou internados por algum motivo.

A unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital do IMIP possui no total 16 leitos, sendo 11 da UTI Pediátrica Geral e 5 de UTI cardiológica. Atende crianças com doenças de alta complexidade oriundas da emergência, enfermarias e setores cirúrgicos do hospital.

As enfermarias pediátricas gerais, denominadas por 2º, 3º e 4º HGP, são hospitais situados no complexo hospitalar do IMIP, ocupando três andares, distribuídos de acordo com seus setores de atuação.

O 2º HGP (segundo andar do IMIP) é destinado a pacientes cirúrgicos, sendo uma enfermaria cirúrgica com 44 leitos.

O 3º e 4º HGP (terceiro e quarto andares do IMIP) são enfermarias de pediatria clínica, que juntos somam 128 leitos. Possuindo 7 leitos destinados a pacientes que necessitam de isolamento, 3 no terceiro andar e 4 no quarto andar.

4.3. Período de estudo

O estudo foi realizado no período de agosto a setembro de 2020.

4.4. População de estudo

A população do estudo é censitária e constituída por enfermeiros devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e atuantes no hospital de referência materno infantil escolhido como local de estudo.

4.5 Critérios de Elegibilidade

4.5.1 Critérios de inclusão

Ser enfermeiro da Unidade Neonatal interna e externa do IMIP, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e nos Hospitais Gerais Pediátricos (2º, 3º e 4º HGP) no período da coleta de dados, e que aceitem participar da pesquisa.

4.5.2 Critérios de exclusão

Enfermeiros com menos de um (1) ano de atuação em unidade neonatal e pediátrica.

4.6 Definição de termos e variáveis

- **Local de trabalho:** Hospital onde o entrevistado trabalha, categorizado por IMIP.
- **Formação do entrevistado:** Categorizado como: Enfermeiro.
- **Enfermeiro:** Profissional com formação em nível de graduação em enfermagem.
- **Sexo:** Gênero definido por duas categorias: masculino e feminino.
- **Idade:** Expressa em anos completos até a data da entrevista.
- **Tempo de graduação:** Medida em ano a partir do ano de conclusão do curso de graduação até o dia em que o sujeito foi incluído na amostra.
- **Especialização:** Realização de curso de pós-graduação na área pediatria ou neonatologia, categorizada por Sim (Especialização, Residência, Mestrado, Doutorado) e Não.
- **Treinamento prévio em cuidados paliativos neonatais e pediátricos:** categorizado por treinamento (teórico e/ou prático) em cuidados paliativos antes da realização da entrevista.
- **Conhecimento:** capacidade de adquirir e reter informações a serem utilizadas, uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade.^{9,10,11,12}
- **Prática:** aplicação de regras e conhecimentos que levam à execução da ação e maneira ética.^{9,10,11,12}

4.7 Instrumento de coleta dos dados

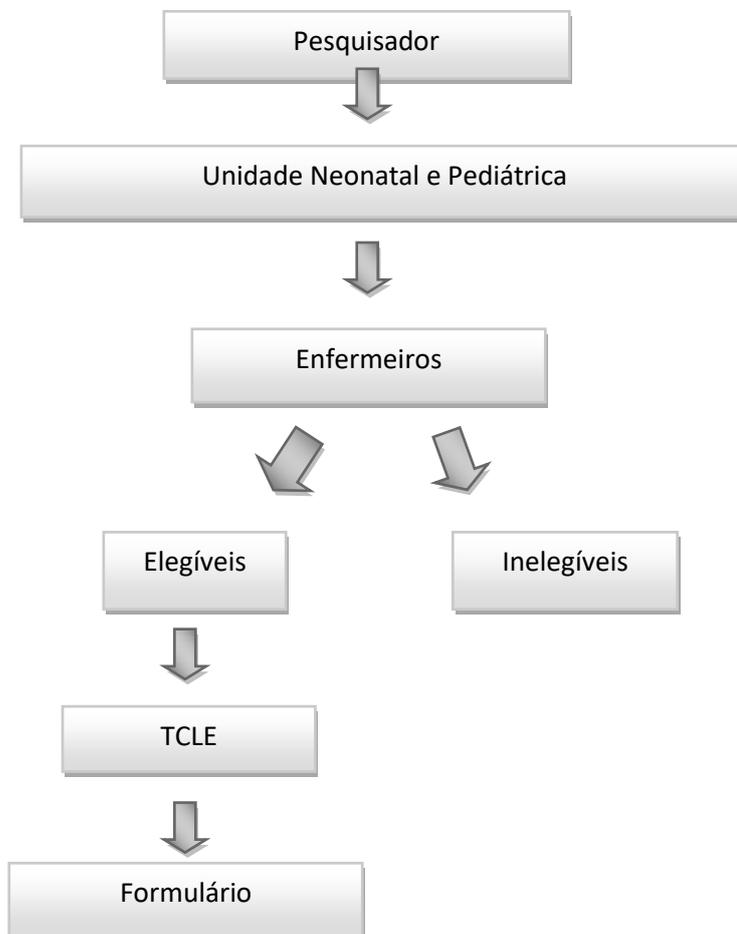
4.7.1 Procedimentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados optamos por utilizar o formulário online devido ao momento pandêmico em que estamos vivendo, obtendo através dele a assinatura do TCLE e as respostas do questionário.

A plataforma do Google forms é um aplicativo que gera formulários, por meio de uma planilha no Google Drive. Estes formulários podem ser questionários de pesquisa elaborados pelo próprio usuário, ou podem ser utilizados os formulários já existentes. Desta forma os formulários ficam armazenados no Servidor Google, podendo ser acessado de qualquer lugar através da conta no Gmail.²¹

Nosso questionário foi dividido em três sessões, na primeira (tabela 1) encontram-se os dados sociodemográficos e de identificação, como nome, email, data de nascimento, ano de formação, nível de especialização, entre outros. Na segunda sessão (tabela 2) constatamos os Conhecimentos dos profissionais a respeito dos CP, no qual questionamos a respeito da definição de CP, para que tipo de pacientes os CP são destinados, em qual momento utilizá-lo, entre outras questões. Já na terceira sessão (tabela 3) podemos analisar o como são aplicados esses conhecimentos na prática do profissional enfermeiro, sendo questionadas quais atitudes ele tomaria em determinadas situações, afirmando o que seria verdadeiro e o que seria falso.

4.7.2 Fluxograma para captação e acompanhamento dos participantes.



4.8 Análise e Apresentação dos Dados

Os resultados foram analisados a partir do referencial teórico, seguindo as etapas: organização do material, processo de tabulação, sistematização das ideias e análise dos dados. Sendo assim apresentados em tabelas e/ou gráficos usando os programas como o Word e Excel. Deste modo existe uma relação dinâmica entre o meio e sujeito, isto é, um vínculo indissociável que não pode ser traduzido apenas através de números.

4.9 Considerações éticas

O estudo segue a resolução 510/16, do CNS, do Conselho Nacional de Saúde, assim considerando os princípios de bioéticas como autonomia e anonimato. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – IMIP (CAAE: 35866720.3.0000.5201).

Os participantes enfermeiros, que se enquadraram no perfil da pesquisa, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), onde foram esclarecidos sobre o direito de recusar ou retirar o seu consentimento durante qualquer etapa da pesquisa.

Foram ainda apontados os objetivos da pesquisa, sua justificativa e metodologia, possíveis benefícios e riscos da pesquisa, garantindo a confidencialidade.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, tais como: o tempo de desprendimento em responder as questões, ansiedade em relação às questões levantadas, a possibilidade de haver constrangimento, entretanto este risco será minimizado por meio do comprometimento dos pesquisadores em utilizarem as informações fornecidas exclusivamente na pesquisa sem a divulgação de seu nome.

O mesmo baseia-se em informações que serão coletadas na UTIN, UTIP e HGP's do IMIP utilizando preenchimento apenas de um questionário, não envolverá nenhum tipo de intervenção ou procedimento. Será preservada a confidencialidade dos dados, cujos resultados da análise serão voltados exclusivamente para fins científicos. A pesquisa só será iniciada após aprovação pelo CEP-IMIP.

V. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De um total de 50 enfermeiros selecionados para o estudo, 6 foram excluídos por não assinarem o TCLE online e por não terem respondido o questionário online. Somando um total de 44 respostas, tal amostra composta por 95,5% (42) de participantes do sexo feminino e 4,5% (2) do sexo masculino.

Sendo estes 43,2% (19) da Unidade Neonatal Interna, 2,3% (1) da Unidade Neonatal Externa, 13,6% (6) da UTI Pediátrica, 9,1% (4) do 2º HGP, 18,2% (8) do 3º HGP e 13,6% (6) do 4º HGP.

Durante a análise dos dados sociodemográficos, observou-se a prevalência do sexo feminino entre os profissionais entrevistados, afirmando a presença dos estereótipos de gênero na enfermagem, solidificada pela sua importância numérica e historicamente incorporada como saber feminino¹⁵. Como em alguns trechos do conceito de enfermagem nas falas de Florence em seus livros, que diziam que o cuidado aos doentes é uma tarefa que sempre coube à mulher e sempre lhe deve caber¹⁶. Sendo uma característica da profissão a imagem feminina.

Quanto à faixa etária e ano de formação, 49,8% dos profissionais tinham entre 31-40 anos de idade (Tabela 1), da amostra 40,9% concluíram a graduação entre 2011-2015 (Gráfico 1). Dentre os 44 participantes, verificamos maior quantitativo de enfermeiros com especialização em áreas diversas do que residências, mestrados e doutorados. Sendo ainda mais discrepante dentre os anos de 2001 a 2010. Outro dado importante, é que no total da amostra, avaliamos que nenhum enfermeiro possui doutorado (Gráfico 2).

O processo de atuação dos enfermeiros em CP deve ser iniciado no diagnóstico, independentemente do tratamento da doença de base¹⁸. Por sua vez analisamos que 97,7% da amostra consideraram importante a existência do enfermeiro especialista em pessoa com situação crônica e paliativa, porém o curso bacharel em Enfermagem propõe uma formação de enfermeiros generalistas, vinculado a esta informação coletamos que 27,3% consideram que seus conhecimentos em CP são pouco apropriados e 50% consideram possuí conhecimento razoável sobre o assunto (Gráfico 5).

Diante disto, foram abordadas questões específicas relacionadas ao objetivo do estudo. Questionando-os sobre o acesso a informações referentes aos CP durante sua formação, foi visto que 63,6% afirmaram que possuíram este acesso (Gráfico 3), no entanto, 77,3% não receberam treinamentos específicos em CPPN (Gráfico 4). Este dado mostrou-se importante, pois a valorização dos diversos saberes e práticas contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva na assistência.¹⁷

Aprofundando mais nas noções de CPPN, podemos analisar que 92,3% consideram que os CP são destinados apenas para pacientes acima de 65 anos de idade ou em situação agônica, e um dado muito importante obtido foi que 100% da amostra acreditam que CP são destinados apenas para pacientes oncológicos, o que nos propõe que ainda existem equívocos historicamente estabelecidos, fazendo ligação de CP apenas com pacientes em estado de terminalidade, quando o Caderno sobre Cuidado Paliativo, diz “A concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é perfeitamente viável. Da mesma forma, ações paliativas desenvolvidas na fase do diagnóstico e do tratamento de uma doença não exigem a presença de uma equipe especializada e podem ser desenvolvidas por qualquer profissional na área da saúde. À

medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade. Há necessidade da intervenção de uma equipe de profissionais adequadamente treinados e experientes no controle de sintomas de natureza não apenas biológica, mas também excelente em comunicação, para que o paciente e seu entorno afetivo entendam o processo evolutivo que atravessam, e tenham conhecimento da história natural da doença em curso, para que se possa atuar de forma a proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise”.¹⁹

O que podemos analisar que o CP não deve ser considerado apenas como um cuidado pré-morte. Mas deve ser aplicado aos pacientes logo após o diagnóstico da enfermidade. Proporcionando alívio e prevenção de sintomas que agravam a saúde física e psicológica. Agregando uma melhora no prognóstico do curso da doença e viabilizando o tão esperado bem-estar do doente e de seu núcleo familiar, procurando libertá-los do sentimento de angústia e tristeza já na descoberta da doença. Através desse dado podemos identificar uma falha no processo de aprendizagem, corroborando esse pré-conceito a respeito do CP, principalmente quando se trata de enfermeiros pediátricos e neonatais. Outro dado importante relacionado ao intuito do CP foi que 84,1 % da amostra afirma que as ações paliativas e ações curativas devem coexistir e sim, elas devem, intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas.

Para avaliação de sintomas é preconizada para o doente em CP o uso da Edmonton Symptom Assessment Scale ou Escala de Edmonton – ESAS. Que consiste em uma escala criada em 1991 no Hospital Geral de Edmonton, no Canadá, sendo um

pequeno questionário com nove sintomas determinados e um décimo, de livre escolha do paciente, que passará a ser registrado diariamente. São sintomas psicofisiológicos comuns encontrados nos pacientes, que são dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, dispneia, bem-estar e o problema de escolha. Foi visto no estudo que 72,2% dos participantes afirmaram que esta escala é especialmente destinada para pacientes em CP. E sim, esta foi traduzida para português pela Dra Isabel Galriça Neto, de Portugal, e validada aqui no Brasil. Por princípio, nenhum questionamento deve ser feito ao paciente se não for utilizado em seu benefício. Por isso é que os interrogatórios devem ser breves, objetivos e práticos também para a equipe. Em Cuidados Paliativos, escalas longas e cansativas devem ser evitadas.²

Pontos positivos foram analisados durante a pesquisa relacionados aos conhecimentos, 97,7% dos participantes consideram que o principal objetivo de CP é a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida e 70,5% proferem que estes cuidados não antecipam e nem atrasam a morte, porém, 63,8% afirmaram que esta medida possui intuito curativo, representando um desacerto acerca dessa informação, pois o CP possui intuito de manutenção da qualidade de vida e de diminuir as repercussões negativas da doença sobre o paciente.

Outro elemento importante é o Apoio espiritual ao neonato e criança, que segundo o Manual de Cuidados Paliativos (2009), direcionado ao neonato pouco se fala de apoio espiritual. Sendo este mais destinado para a família, oferecendo que se esta quiser, o enfermeiro pode explicar a doença para o responsável pelo atendimento religioso, e este virá até o serviço. Esse apoio proporciona à família certo alívio dos sentimentos ruins adquiridos neste processo e o aumento de fé. Já em relação à criança, o enfermeiro deve fazer uma avaliação das questões espirituais (rever os sonhos da

criança, esperança, valores da vida, credos e fé), encaminhando este paciente e sua família para o atendimento espiritual adequado, e permitindo que haja tempo para que a criança e sua família reflitam sobre os significados da vida e os seus propósitos. O CP reconhece que a “cura espiritual e emocional” pode ocorrer mesmo quando a física e/ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas gravemente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de sua vida, que elas nunca haviam encontrado antes. E diz ainda que a equipe de saúde também será muito beneficiada ao receber o suporte do capelão, padre, pastor, entre outros, em situações de estresse pessoal ou na perda de seus pacientes. Mesmo em seu trabalho diário, encontrará mais segurança na tomada de decisões em questões de bioética, envolvendo dilemas de fim de vida de seus pacientes.²

Analisando os dados coletados sobre este assunto, 75% dos participantes afirmam que é importante o apoio espiritual aos neonatos e crianças, em contrapartida os outros 25% dizem não ser importante este apoio.

O enfermeiro é considerado facilitador de um cuidado digno e humanizado em sua prática trabalhista de CPPN. Para conseguir transmitir um cuidado adequado é preciso conhecer os Pilares dos CP que são quatro: a comunicação adequada, o apoio à família, o trabalho em equipe e o controle dos sintomas¹³. Foi proposto no questionário que os quatro pilares de CP seriam: dor total, comunicação, apoio à morte e ao luto, e 72,7% confirmaram que estes seriam os pilares. Manifestando mais uma vez o déficit nos conhecimentos, que precisam ser mais trabalhados para garantir o atendimento correto.

Sobre a afirmação “O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico, depois comunicado a equipe” 86,4% declararam que não, que esta assertiva

está incorreta. O Plano de cuidados para os pacientes deve ser feito de maneira individualizada, empática e holística, sendo englobados todos os sistemas do paciente, desde a pele até os órgãos essenciais, incluindo intervenções psicológicas. Sabendo disto, podemos afirmar que é inviável a elaboração de um plano de CP por apenas um profissional de qualquer área. Sendo indicada a presença de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais.

Durante a análise das ações dos enfermeiros no decorrer da prática profissional diante de situações comuns da rotina de diversos setores, avaliamos 8 pilares de conhecimentos aplicados na prática, que são, procedimento adequado quanto ao manejo da dor, via de administração de medicamentos, formas de comunicação, ações interdependentes, atitudes relacionadas as visitas dos familiares, condutas no setor quanto ao silêncio, maneira de transmissão de más-notícias e o apoio a família.

A Escada Analgésica da Dor criada pela OMS em 2009, é composta por 3 degraus que indicam os tipos de medicamentos recomendados para os tipos (Mista e Nociceptiva) e níveis da dor. Como podemos observar na ilustração abaixo.



Reúnem medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes (destinados ao tratamento das comorbidades (antidepressivos ou relaxantes musculares)) e opióides. A dor Nociceptiva é aquela é a dor na qual há dano tecidual demonstrável (osteoartrose, artrite reumatoide, fratura e rigidez muscular na dor lombar inespecífica, etc.). A dor mista indica lesão simultânea de nervos e tecidos adjacentes, como ocorre na gênese da dor oncológica, dor ciática e síndrome do túnel do carpo.^{22, 23}

Para o acompanhamento e tomada de decisão adequada a cerca da dor do paciente, 79,5% da amostra diz que para pacientes em CP não se deve seguir o tratamento farmacológico proposto na escada analgésica da dor da OMS. Um bom dado obtido foi que 97,7% acreditam que o enfermeiro não deve recorrer apenas para medidas farmacológicas. Avaliando a aplicação da escada em paciente com dor moderada, a amostragem demonstrou conhecimento em seus degraus quando 81,8% afirmaram que é falsa a sentença de que no Degrau 2 são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol.

A cerca da administração de medicamentos, a via mais indicada para pacientes em CP foi o assunto mais abordado na sessão 3 (tabela 3) da pesquisa por ser uma prática profissional de competência do enfermeiro. Obtivemos através do questionário que 93,2% dos entrevistados afirmam que a via de administração de fármacos ideal em CP é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível, 68,2% afirmam que a via oral não é a principal via de administração de medicamentos e que 93,2% declaram que todos os fármacos não podem ser administrados por via subcutânea. Segundo o Manual de CP, “Quando a VO não é possível, a mais utilizada é a SC (hipodermóclise) por sua efetividade e facilidade de uso. Proporciona o mínimo de

desconforto para o paciente, eliminando a necessidade de injeções frequentes, sendo confortável e segura para uso domiciliar”.²

Por fim, analisando a transmissão de más-notícias, 93,2% dos entrevistados acreditam que não se devem encobrir os fatos ao transmitir uma má-notícia e 75,5% consideram importante o doseamento das informações ao passar notícias ruins ao cliente. O enfermeiro como parte da equipe multiprofissional, pode ser um dos facilitadores da comunicação entre o profissional, paciente e família. Transmitindo de maneira clara e respeitosa, informações reais sobre o prognóstico e andamento do curso da doença. Embora muitos pacientes queiram saber sobre sua condição de saúde, eles também têm o direito de não querer receber informações a esse respeito. Nesse caso, seu desejo precisa ser respeitado e torna-se necessário identificar um familiar ou alguém próximo que possa receber as informações e ser o interlocutor. Uma questão muito frequente é sobre contar ou não ao paciente. E, à medida que respostas não são encontradas para este questionamento, utiliza-se a mentira piedosa ou o silêncio cheio de significados dúbios.

VI. GRÁFICOS E TABELAS

A tabela 1 apresenta a distribuição dos resultados da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e de identificação pessoal.

Tabela 1

Distribuição dos resultados quanto as Análises Sociodemográficas e de Identificação Pessoal			
Variáveis		n	%
Unidade de Atuação Profissional			
	Unidade Neonatal Interna	19	43,2
	Unidade Neonatal Externa	01	2,3
	UTI Pediátrica	06	28
	2º HGP	04	9,2
	3º HGP	08	18,2
	4º HGP	06	13,6
	Total	44	100
Idade			
	24 a 30	07	15,9
	31 a 40	22	49,8
	41 a 50	10	22,8
	51 a 61	05	11,5
	Total	44	100
Sexo			
	Feminino	42	95,5
	Masculino	02	4,5
	Total	44	100
Considera importante o enfermeiro especialista em pessoa crônica e paliativa			
	Sim	43	97,7
	Não	01	2,3
	Total	44	100
Classificação da Intervenção do Enfermeiro em CP			
	Nada importante	00	00
	Pouco importante	00	00
	Indiferente	01	2,3
	Importante	12	27,2
	Muito importante	31	70,5
	Total	44	100

No gráfico a seguir temos a representação do cenário atual de formação acadêmica e suplementar da amostra de acordo com os anos de formação. Na linha vertical em relação ao eixo 0 podemos observar o quantitativo de pessoas em comparação com a linha horizontal em relação ao eixo 0 que nos mostra o ano de formação de cada entrevistado.

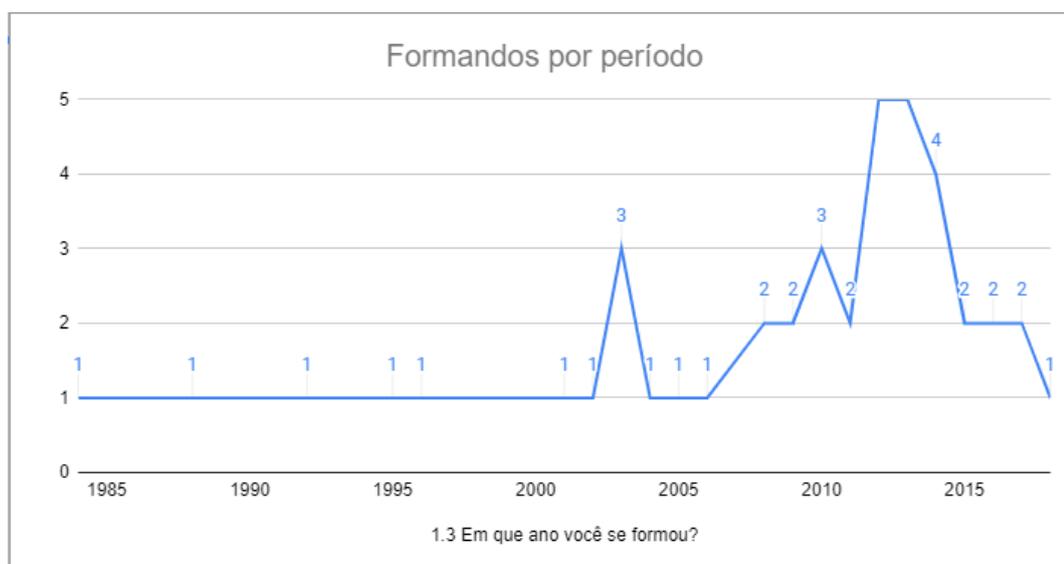


Gráfico 1 - Análise estatística do ano de formação da amostra.

O gráfico abaixo indica o nível de especialização dos entrevistados em relação aos anos de formação.

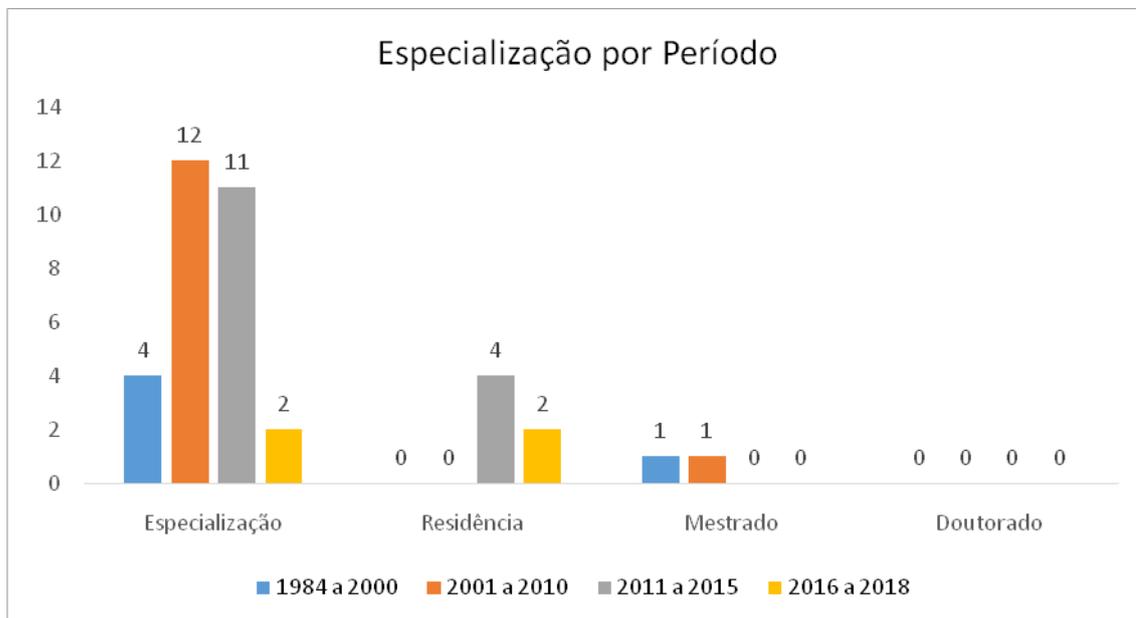


Gráfico 2 - Análise estatística do nível de especialização da amostra.

Cada cor representa um espaço de tempo que compõem os anos de formação, enquadrados em cada nível de especialização. Na linha vertical podemos observar o

quantitativo de enfermeiros, que se relaciona com a linha horizontal que indica o nível de especialização em agrupamentos de anos.

Nos gráficos 3, 4 e 5 podemos observar a representação da junção das vertentes de acesso, treinamento e nível de conhecimento sobre o CP.

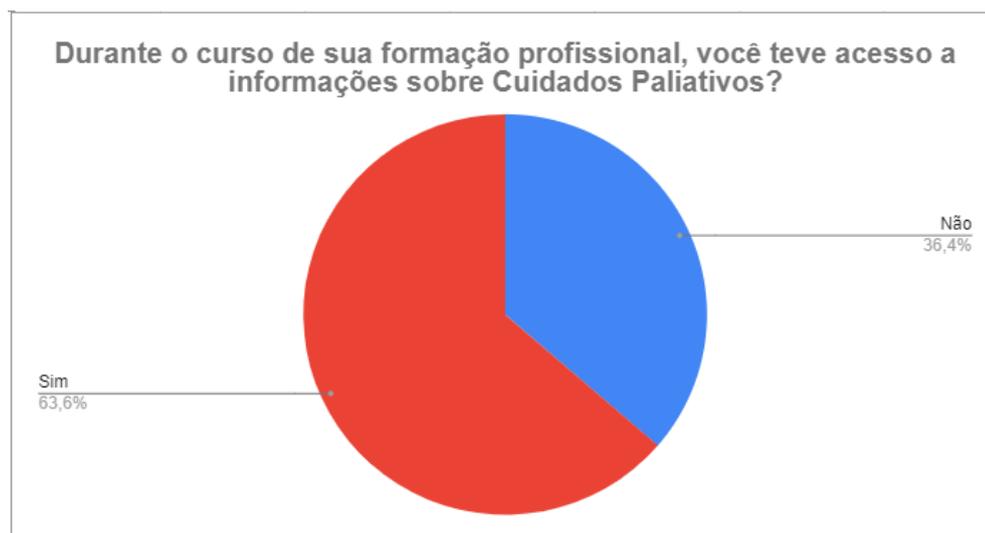


Gráfico 3 - Análise estatística do acesso a informações sobre CP durante a formação profissional.



Gráfico 4 - Análise estatística do acesso a treinamento específico sobre cuidados paliativos neonatais e pediátricos.

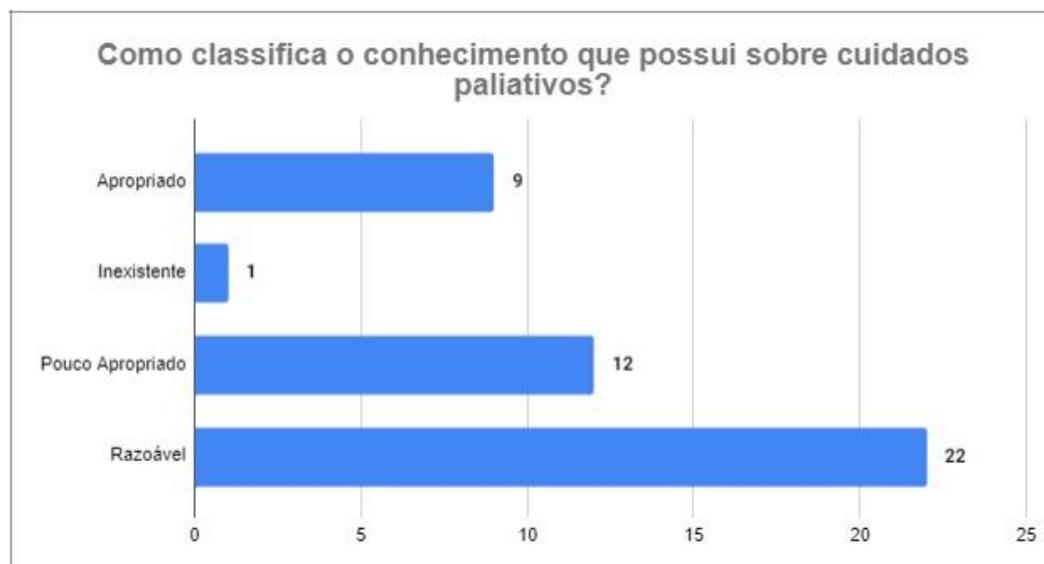


Gráfico 5 - Análise estatística da classificação dos conhecimentos que o entrevistado se julga possuir sobre cuidados paliativos.

Na Tabela 2, demonstram-se as análises das variáveis de Conhecimentos dos Profissionais sobre os CPPN, estas indicam o nível de construção acadêmica e de técnica na área estudada.

Tabela 2

Distribuição dos resultados quanto a Análise do Conhecimento dos profissionais sobre os CPPN		
Variáveis	n	%
São elementos essenciais dos cuidados de saúde		
Sim	39	88,6
Não	05	11,4
Total	44	100
Escala de Edmonton é específica para CP e principais sintomas		
Sim	32	72,7
Não	12	27,3
Total	44	100
Destina-se para doentes com idade superior a 65 anos e doentes agônicos		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Total	44	100
Apoio espiritual não é importante para neonatos e crianças em CP		
Sim	11	25
Não	33	75
Total	44	100
Princípios éticos não se aplicam		
Sim	17	38,6
Não	27	61,4
Total	44	100

Pilares: dor total, comunicação, apoio à morte e ao luto		
Sim	32	72,7
Não	12	27,3
Total	44	100
Quando a cura não existe, não há mais nada a fazer pela criança		
Sim	5	11,4
Não	39	88,6
Total	4	100
Ação paliativa é qualquer medida com intuito curativo que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do neonato/criança		
Sim	28	63,6
Não	16	36,4
Total	44	100
Principal objetivo é o bem-estar e a qualidade de vida		
Sim	43	97,7
Não	01	2,3
Total	44	100
Não antecipam nem atrasam a morte		
Sim	31	70,5
Não	13	29,5
Total	44	100
Destina-se apenas para doentes com doença oncológica		
Sim	44	100
Não	00	00
Total	44	100
Ações paliativas e ações curativas devem coexistir intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas		
Sim	37	84,1
Não	07	15,9
Total	44	100
Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses		
Sim	29	65,9
Não	15	34,1
Total	44	100
Dor é apenas a manifestação física da mesma		
Sim	05	11,4
Não	39	88,6
Total	44	100
Dor total compreende aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais		
Sim	43	97,7
Não	01	2,3
Total	44	100
A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal		
Sim	04	9,1
Não	40	90,9
Total	44	100
CP continua após a morte do doente na assistência a família		
Sim	37	84,1
Não	07	15,9
Total	44	100
O doente em CP só tem necessidades físicas nas quais a equipe não é suficiente para garantir seu bem-estar		

	Sim	02	4,5
	Não	42	95,5
	Total	44	100
O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico, depois comunicado a equipe			
	Sim	06	13,6
	Não	38	86,4
	Total	44	100
O doente e a família integram a equipe multidisciplinar			
	Sim	31	70,5
	Não	13	29,5
	Total	44	100

A Tabela 3 mostra as análises das variáveis de Práticas. Apresentando modelos estatísticos com o quantitativo de participantes em números e porcentagens. Sendo cada tópico a representação de qual seria a tomada de decisão dos profissionais em situações de pacientes em palição. Não sendo definida a decisão como adequada ou inadequada, mas para a análise dos conhecimentos aplicados na prática destes profissionais.

Tabela 3

Distribuição dos resultados quanto a Análises das Práticas do Profissional Enfermeiro em CPPN			
Variáveis		n	%
Tratamento farmacológico da dor não deve seguir a escala analgésica da dor da OMS			
	Sim	09	20,5
	Não	35	79,5
	Total	44	100
Para alívio da dor, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas			
	Sim	01	2,3
	Não	43	97,7
	Total	44	100
Os profissionais não devem permitir a presença de familiares para além do horário de visitas			
	Sim	01	2,3
	Não	43	97,7
	Total	44	100
O enfermeiro desenvolve apenas ações interdependentes			
	Sim	03	6,8
	Não	41	93,2
	Total	44	100
Na transmissão de más notícias devem encobrir-se informações, fatos e sentimentos			
	Sim	11	25
	Não	33	75
	Total	44	100
Preconiza-se a conspiração do silêncio			

Sim	11	25
Não	33	75
Total	44	100
Via de eleição para administração de terapêutica é a via oral		
Sim	14	31,8
Não	30	68,2
Total	44	100
O procedimento de administração de fluidos por via subcutânea é chamado de Hipodermóclise		
Sim	41	93,2
Não	03	6,8
Total	44	100
Na Escada Analgésica da Dor da OMS na dor moderada são utilizados apenas analgésicos não opióides		
Sim	08	18,2
Não	36	81,8
Total	44	100
Todos os fármacos podem ser administrados por via subcutânea		
Sim	03	6,8
Não	41	93,2
Total	44	100
Não é indicado a administração de soro por via subcutânea se o doente estiver desidratado		
Sim	15	34,1
Não	29	65,9
Total	44	100
A via de administração de fármacos ideal para estes pacientes é aquela mais rápida, eficaz e que provoque o menor sofrimento possível		
Sim	41	93,2
Não	03	6,8
Total	44	100
A via subcutânea permite a administração em bólus ou em perfusão		
Sim	20	45,5
Não	24	54,5
Total	44	100
A expressão facial, o tom de voz e os gestos são formas de comunicação não verbal		
Sim	42	95,5
Não	02	4,5
Total	44	100
Na transmissão de más notícias as informações devem ser dadas de forma doseada		
Sim	35	79,5
Não	09	20,5
Total	44	100
O apoio à família deve ter início quando o doente morre		
Sim	03	6,8
Não	41	93,2
Total	44	100

VII. CONCLUSÃO

Os dados obtidos através deste estudo permitiram avaliar que dentre a população pesquisada existem desigualdades nos conhecimentos e nas práticas de cuidados paliativos neonatais e pediátricos.

A metodologia de Conhecimentos e Práticas proporcionou a composição de uma análise gráfica que inclui tanto o que se aprendeu no decorrer da formação profissional, quanto ao que foi adquirido durante os anos de prática. Possibilitando um diagnóstico do público alvo.

Obtivemos por meio dessa pesquisa que os enfermeiros das unidades neonatais e pediátricas possuem um conhecimento pouco satisfatório quando se trata de CP e ainda é evidenciado um déficit de quando iniciar a aplicação do cuidado e para quais pacientes são destinados, arriscando que o cliente não possua a adequada assistência, o esperado bem-estar e a sonhada qualidade de vida durante o enfrentamento do processo saúde-doença.

Foi permitido analisar que é necessária a realização de treinamentos, capacitações ou estímulos para realização de especializações na área abordada, pois a deficiência em conhecimentos induz ao cometimento de erros na prática. Após a qualificação destes poderá ser evitado a disseminação de equívocos relacionados aos CP, trazendo este cuidado tão importante e individualizado à realidade da prática profissional, por ser uma necessidade vista em todos pacientes e em todos os setores estudados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ref. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. [Internet]. Rev. bras. ter. intensiva. 2011 (acesso 18 jul. 2013);23(1):78-86. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a13v23n1.pdf>
2. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em URL: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
3. Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo/Ano XXVI/Número 153/setembro/outubro 2010. Disponível em URL: https://www.spsp.org.br/spsp_2008/boletins/novos/Boletim%20153%20-%20Ano%20XXVI.pdf
4. Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos - Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos / Sociedade Brasileira de Pediatria - Nº 1/Fevereiro/2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf
5. Iglesias SOB, Zollner ACR. Constantino CF. Cuidados Paliativos Pediátricos / Sociedade Brasileira de Pediatria. Residência Pediátrica 2016; 6(supl 1):46-54. Disponível em URL: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/residenciapediatrica.com.br/pdf/v6s1a10.pdf>
6. Basso LA, Wainer R. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental / Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Disponível em URL: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>
7. Hochman B, Nahas FX, Filho RSO, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Brasileira [serial online] 2005;20 Suppl. 2:02-9. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>
8. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo

Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

9. Marinho B A L, Gurgel C S M. Conhecimento, atitude e pratica do auto-exame das mamas em centro de saúde. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(5): 576-82.
10. Candeias, NMF. Diagnostico em Educação em Saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, 1979; 13-2.
11. Acioli AS. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública *Rev. Brás Enfermagem* 2008; 61:1.
12. Gonçalves MLV, Leite MMJ Instrumento para mensuração de atitude frente ao processo de avaliação e desempenho *Rev. Brás Enfermagem* 2005; 58,5.
13. Lopes SAP. Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem. Instituto Superior Politécnico de Viseu / Escola Superior de Saúde de Viseu (2013). Disponível em URL: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1999/1/LOPES,%20Susana%20Alexandra%20Pires%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%201%20julho%202014.pdf>
14. Menin GE, Petternon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros / *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23 (3): 608-14. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300608&lng=pt&tlng=pt
15. Cunha YFF, Souza RR. Gênero em Enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais (2017). Disponível em URL: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/140-149>
16. Pereira PF. Homens na Enfermagem: Atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. Disponível em URL: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores / Ver. Salud pública. 2015. Disponível em URL: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n3/379-393/pt>
18. INCA, Cuidados Paliativos Pediátricos / Nota Técnica. 2018. Disponível em URL: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos-pediatricos>
19. Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
20. Disponível em URL: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4383821/mod_resource/content/1/Livro%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.
21. Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em URL: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4383821/mod_resource/content/1/Livro%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.
22. Mota JS, Utilização do Google forms na pesquisa acadêmica. Revista Humanidades e Inovação (2019). Disponível em URL: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1106>
23. Organização Mundial da Saúde, Portaria SAS nº 1083. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (2012). Disponível em URL: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/Dor-Cr--nica---PCDT-Formatado--1.pdf>
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Escada Analgésica da dor. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em URL: http://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/escada_analgésica.pdf