



Universidade Federal do Pampa

CURSO DE ENFERMAGEM

ANDRESSA COOPER PEDROSO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO
NARRATIVA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Uruguiana
2017**

ANDRESSA COOPER PEDROSO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO
NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cenir Gonçalves Tier

**Uruguaiana
2017**

ANDRESSA COOPER PEDROSO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO
NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 16/10/2017.

Banca examinadora:

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Cenir Gonçalves Tier
Orientadora
(UNIPAMPA)

Prof^a. Enf^a. Me. Bruna Stamm
(UNIPAMPA)

Enf. Jonatan Jean Silveira da Silva
(UNIPAMPA)

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos, à minha família e ao meu namorado, amigo e companheiro Franco, que me apoiaram em todos os momentos da construção desse trabalho e aos amigos que, de alguma forma, me ajudaram e incentivaram nesta caminhada.

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Dame Cicely Mary Saunders

Atuação da enfermagem em cuidados paliativos: revisão narrativa

Nursing performance in palliative care: narrative review

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura nacional quais as ações de enfermagem vem sendo desenvolvidas para pacientes adultos em cuidados paliativos e, sintetizar a contribuição destas para a prática assistencial. **Métodos:** revisão narrativa de literatura, a coleta de dados se deu por busca nas bases BDNF, LILACS e SCIELO e após aplicar os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados dez estudos para compor este trabalho. **Resultados:** após análise dos estudos selecionados, emergiram três categorias reflexivas e descritivas: “a comunicação como estratégia de cuidado”, “uso de instrumentos/escalas como meio de sistematizar a assistência e individualizar o cuidado” e “assistência holística de enfermagem em cuidados paliativos” **Considerações Finais:** verificou-se a importância de uma assistência de enfermagem holística ao paciente e família que vivenciam a terminalidade de vida, por meio do correto uso das habilidades de comunicação, usando instrumentos para identificar suas necessidades e o planejamento de ações voltadas para a multidimensionalidade da pessoa.

Descritores: Cuidados paliativos; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

ABSTRACT

Objective: To identify in national literature actions of nursing that have been developed for adult patients under palliative care and to summarize the contribution of these actions for the care practice. **Methods:** narrative review of literature. The data search occurred based on BDNF, LILACS and SCIELO, and after applying the criteria of inclusion and exclusion, ten studies were selected to form this work. **Results:** Based on the analysis of the selected studies, three categories of reflexion and description were identified: "the emerged communication as care strategy", "use of instruments/scales as means of systematizing the assistance and individualize the care" and "holistic assistance of nursing in palliative care ". **Final Considerations:** it was verified the importance of holistic nursing assistance to patients and their families, who lived the terminal stage of life using the correct abilities of communication and the right instruments to identify their needs, as well as the correct plans for actions related to the life as a whole.

Descriptors: Palliative care, Nursing care; Hospice and palliative care nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar en la literatura nacional qué acciones de enfermería vienen siendo desarrolladas para pacientes adultos en cuidados paliativos y, sintetizar la contribución de éstas a la práctica asistencial. **Métodos:** revisión narrativa de literatura, la recolección de datos se dio por búsqueda en las bases BDNF, LILACS y SCIELO y después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados diez estudios para componer este trabajo. **Resultados:** a partir del

análisis de los estudios seleccionados, surgieron tres categorías reflexivas y descriptivas: "la comunicación como estrategia de cuidado", "uso de instrumentos / escalas como medio de sistematizar la asistencia e individualizar el cuidado" y "asistencia holística de enfermería en cuidados paliativos" **Consideraciones Finales:** *se verificó la importancia de una asistencia de enfermería holística al paciente y familia que experimentan la terminalidad de vida, por medio del correcto uso de las habilidades de comunicación, usando instrumentos para identificar sus necesidades y la planificación de acciones dirigidas a la multidimensionalidad de la persona.*

Descriptor: *Cuidados Paliativos; Atención de Enfermería; Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida.*

INTRODUÇÃO

No século XX ocorreram grandes avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, com isso o poder de intervenção médica cresceu de forma significativa. Dentre os recursos criados para manutenção da vida estão: respiradores artificiais, desfibriladores, monitores de funções corporais, aparelhos de diálise e criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).¹ Esses avanços, associados ao desenvolvimento da terapêutica, contribuíram para o aumento da expectativa de vida dos pacientes. No entanto, não ocorreu simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida desses.²

Com o intuito de organizar o núcleo de conhecimentos voltado para uma assistência mais humanizada no período que precede a morte, Cicely Saunders (médica, enfermeira e assistente social), criou na década de 60 a filosofia de *Hospice*, em Londres no *Saint Christopher Hospice*.¹ Esta instituição presta assistência integral ao paciente desde o controle dos sintomas, até o alívio da dor e sofrimento psicológico, uma proposta terapêutica que não surgiu em substituição à assistência biomédica tecnicista vigente, mas sim em associação a esse modelo.³

Essa filosofia, hoje é descrita como cuidado paliativo, definido como uma abordagem multiprofissional que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através

da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.⁴

O paciente é considerado sem perspectiva de cura quando sua doença, independente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. Essa irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Com esse diagnóstico estabelecido, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente.²

O número estimado de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no fim da vida, a cada ano, é de 20,4 milhões de pessoas, sendo que este número subiria para ao menos 40 milhões se todas aquelas que poderiam ser beneficiadas no estágio inicial da doença fossem incluídas.⁵

Em cuidados paliativos, o paciente está no centro dos cuidados, a abordagem deve ser interdisciplinar, holística e compreensiva, e o paciente e a família passam a ser vistos como uma única unidade de cuidado. Isso remete a necessidade e importância de uma atuação multi e interdisciplinar, fundamental para a assistência em cuidados paliativos ao paciente e sua família.¹ Destaca-se que alguns dos profissionais envolvidos são: psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e enfermeiros.

Para a implementação desses cuidados, os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na atuação em equipe multidisciplinar, por serem os profissionais que permanecem junto ao paciente e também dos seus familiares. Eles constituem um elo, no qual intermediam a interação entre todos os envolvidos

e implementam a busca por recursos que viabilizem ao paciente melhor qualidade de vida, e quando isso não for possível, uma morte digna.¹

Em busca do bem-estar do paciente sem perspectiva de cura, o enfermeiro busca realizar ações de conforto, além de cuidados básicos e fisiopatológicos que o paciente necessitar; são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em cuidados paliativos, as práticas como: controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos em lesões malignas cutâneas, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção da higiene, medidas de conforto, gerenciamento de equipe de enfermagem, comunicação com a equipe multidisciplinar, com o paciente e com a família.⁵

Diante da importância dos cuidados paliativos e da atuação da enfermagem nesse cenário, tem-se como questão norteadora desse estudo: Quais ações os profissionais de enfermagem vêm desenvolvendo para pacientes adultos em cuidados paliativos?

E como objetivos, identificar na literatura nacional quais as ações de enfermagem vêm sendo desenvolvidas para pacientes adultos em cuidados paliativos e, sintetizar a contribuição destas para a prática assistencial.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, cujo objetivo é traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores focando em um determinado tema, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal método possibilita a síntese dos estudos já publicados na área, promovendo e estimulando a produção de novos conhecimentos, permitindo ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo.⁶

Dessa forma, realizou-se o levantamento bibliográfico e, em seguida, a coleta de informações, dados, fatos e informações contidas na bibliografia selecionada.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2017, por meio de consulta na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e a e a Biblioteca *online: Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Utilizou-se como estratégia de busca os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “cuidados paliativos” AND “cuidados de enfermagem”.

Para realizar a revisão, estabeleceram-se os critérios de inclusão: estudos originais, no idioma português; publicados no recorte temporal de 2012-2016; que respondessem ao objetivo do estudo, disponibilizados gratuitamente *online*. E de exclusão: teses, dissertações, livros, documentos de órgãos governamentais, resumos de congressos, anais e editoriais, comentários e opiniões de especialistas, revisões críticas e reflexões teóricas.

Após a busca nas bases de dados, foram localizadas 158 publicações (BDENF=68; LILACS= 90). Destas, 53 se repetiam nas bases, 20 eram revisões ou análises textuais, duas dissertações, quatro não estavam disponíveis *online*, e 51 não continham em seus títulos ou resumos aspectos relativos aos cuidados paliativos realizados pela enfermagem. Destaca-se que todas as publicações encontradas na SCIELO se repetiam nas outras bases. Desta forma, foram selecionados 28 artigos para leitura na íntegra (BDENF=20; LILACS= 8). Após a leitura criteriosa dos mesmos, foram excluídos 18 estudos, por não responderem ao

objetivo da presente revisão. Portanto, a amostra do estudo compôs-se de dez artigos⁷⁻¹⁶ (BDENF=8; LILACS= 2).

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados, tendo em vista que os autores das publicações incluídas foram referenciados adequadamente, conforme a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610.¹⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura na íntegra e seleção dos artigos, foi elaborado um quadro de análise documental, preenchido para cada artigo que compôs a amostra do estudo, no qual cada um recebeu um código de identificação, juntamente com as informações: título, base de dados, periódico, autores, ano e local do estudo (QUADRO 1).

Por meio da análise dos dez artigos apresentados, verificou-se que a maioria dos estudos foi realizada na região sul e sudeste, quatro e três respectivamente, dois na região nordeste e um com abrangência nacional. Pode-se relacionar o maior número de estudos nessas regiões com o número de Instituições cadastradas na Academia Nacional de Cuidados Paliativos⁵, das 130 instituições, 94 estão presentes nas regiões sul(18) e sudeste(76), o que corresponde a 72,3% do total.

Cód.	Título	Base de dados	Periódico	Autores	Ano	Local do estudo
A1	Percepções de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico ⁷	BDEF	REBEN- Revista Brasileira de Enfermagem	Silva, V.A.; Marcon, S.S.; Sales, C.A.	2014	Maringá, PR
A2	A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer ⁸	BDEF	Revista RENE	Ribeiro, A.L.; Almeida, C.S.; Reticera, K.O.; Maia, M.R.G.; Sales, C.A.	2014	Paraná
A3	Tradução e adaptação transcultural do instrumento <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> para uso em cuidados paliativos ⁹	BDEF	Revista Gaúcha de Enfermagem	Monteiro, D.R.; Almeida, M.A.; Kruse, M.H.L.	2013	Porto Alegre, RS
A4	O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos ¹⁰	BDEF	Texto e Contexto Enfermagem	Araújo, M.M.T.; Silva, M.I.P.	2012	São Paulo
A5	Adaptação transcultural para o português do <i>End of Life Comfort Questionnaire - Patient</i> ¹¹	BDEF	Revista Enfermagem UERJ	Trotte, L.A.C.; Lima, C.F.M.; Pena, T.N.L.; Ferreira, A.M.O.; Caldas; C.P.	2014	Rio de Janeiro
A6	A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades ¹²	BDEF	Cogitare Enfermagem	Caires, J.S.; Andrade, T.A.; Amaral, J.B.; Calasans, M.T.A.; Rocha; M.D.S.	2014	Brasil
A7	Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos ¹³	BDEF	Cogitare Enfermagem	Justino, E.T.; Tuoto, F.S.; Kalinke, L.P.; Mantovani, M.F.	2013	Curitiba, PR
A8	Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em Um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte ¹⁴	BDEF	REME- Revista Mineira de Enfermagem	Souza, R.S.; Simão, D.A.S.; Lima, E.D.R.P.	2012	Belo Horizonte. MG
A9	Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal ¹⁵	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva	Andrade, C.G.; Costa, S.F.G.; Lopes, M.E.L.	2013	João Pessoa, PB
A10	Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos ¹⁶	LILACS	Acta Paulista Enfermagem	Santos, E.C; Oliveira, I.C.M.; Feijão, A.R.	2016	Natal, RN

Quadro 1- Distribuição dos estudos segundo título, base de dados, periódico, autores, ano e local do estudo.

Fonte: Pedroso, 2017.

A fim de realizar uma análise detalhada e criteriosa dos estudos, utilizou-se uma ficha de extração dos dados, contendo: código de identificação, objetivos do estudo e síntese dos resultados (QUADRO 2). De acordo com essas informações, foram elaboradas categorias reflexivas e descritivas de análise dos dados, emergiram assim as seguintes categorias: “A comunicação como estratégia de cuidado”^{10,15}; “Uso de instrumentos/escalas como meio de sistematizar a assistência e individualizar o cuidado”^{9,11,14,16} e “Assistência holística de enfermagem em cuidados paliativos”.^{7-8,12-13}

Cód.	Objetivo	Síntese dos Resultados
A1 ⁷	Desvelar a percepção de familiares acompanhantes que convivem com o câncer e o tratamento antineoplásico em uma casa de apoio que utiliza de encontros musicais como tratamento.	O encontro mediado pela música promoveu a abertura do ser para o diálogo e o vínculo entre enfermeiro, cliente e família, no âmbito dos cuidados paliativos oncológicos, ampliando as possibilidades de interação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, subsidiando aos familiares acompanhantes a elaboração de estratégias de enfrentamento e a transcendência de suas vicissitudes. A música é recebida como uma terapia complementar multidimensional, e seu uso constitui um espaço concreto para que profissionais sensibilizados, desenvolvam uma escuta sensível e uma assistência qualificada.
A2 ⁸	Compreender as concepções de familiares de pacientes oncológicos, inseridos e acompanhados pelo Projeto de Extensão Cuidados paliativos ao doente com câncer e sua família, sobre o acompanhamento domiciliar a eles realizado durante fase de tratamento e evolução da doença.	O acompanhamento domiciliar semanal da enfermagem, ofertado na ação de extensão, possibilitou intervenções com a essência dos cuidados paliativos, auxiliando as necessidades físicas do paciente, com orientações e execução de procedimentos, despendiam uma atenção diferenciada às famílias acompanhadas, além de apoio psicológico ao binômio paciente-família, com criação de vínculo entre as partes envolvidas. Reconheceu-se as necessidades destes, e estabeleceu-se um elo com as redes de apoio disponíveis na comunidade, os conduzindo para a resolutividade. O binômio paciente-família sentia segurança e apoio durante o processo de tratamento, bem como no momento da morte e luto, visto que a aproximação e o vínculo com o profissional lhes proporcionavam melhor qualidade de vida.
A3 ⁹	Apresentar a tradução e adaptação transcultural, para o português do Brasil, do instrumento <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS-r) para uso em pacientes em Cuidados Paliativos.	O título do instrumento foi nomeado de Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (versão revisada) (ESAS-r). Os pacientes, familiares e as enfermeiras participantes do pré-teste, compreenderam os termos e acharam o instrumento de fácil preenchimento. Após sugestões, os itens do Instrumento ficaram desta forma: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar, devendo atribuir valores de zero a 10 para cada item. Como forma de minimizar as dúvidas, a ESAS-r foi reformulada com explicações abaixo de cada termo que pudesse causar confusão. Para ser implantada, a ESAS-r precisa passar pela etapa de validação.

A4 ¹⁰	<p>1) Identificar o conhecimento e a utilização das estratégias comunicacionais, pelos profissionais de saúde, no cuidado emocional de pacientes sob cuidados paliativos e,</p> <p>2) Comparar se há diferença deste conhecimento entre profissionais com e sem formação específica em cuidados paliativos.</p>	<p>Houve predomínio da equipe de enfermagem na amostra (216 sujeitos = 71,3%). A estratégia mais utilizada foi a escuta ativa, seguida pelo uso de estratégias verbais: reafirmações verbais de solicitude e utilização de perguntas abertas visando acesso aos aspectos multidimensionais do paciente. Dentre as estratégias de comunicação não-verbal, destaca-se o toque afetivo e a presença frequente. Evidenciou-se carência de habilidades comunicacionais para oferecer apoio emocional nos profissionais de saúde avaliados. Os profissionais que realizaram capacitação em cuidados paliativos previamente obtiveram melhor desempenho comunicacional no que tange ao suporte emocional em relação aos profissionais sem capacitação.</p>
A5 ¹¹	<p>Validar para o português, falado no Brasil, a escala <i>End of life Comfort Questionnaire - Patient</i> (questionário de conforto com relação ao planejamento para o final da vida).</p>	<p>O questionário trata da avaliação do conforto de pacientes ao final da vida, com 28 itens, de múltipla escolha, caracterizado por perguntas afirmativas e negativas, sem apresentação de categorias. Utiliza como medida de avaliação a Escala de Likert, originalmente com variação de 1 a 6, o que foi modificado 5 itens, dando a eles uma classificação que facilitasse o entendimento de seus significados. Houve uma alta concordância entre os intra-avaliadores. O <i>End of life Comfort Questionnaire - Patient</i> foi adaptado e validado para a língua portuguesa brasileira, indicando ser uma ferramenta adequada para utilização em pacientes em cuidados paliativos.</p>
A6 ¹²	<p>Analisar a utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos, pelas instituições brasileiras credenciadas nas Associações Nacionais e Latino-Americana de Cuidados Paliativos.</p>	<p>Teve como participantes variados serviços de cuidados paliativos do território brasileiro. Das 56 instituições com serviço de cuidados paliativos ativos apenas 14 faziam uso de terapias complementares, e destas, apenas 6 responderam ao formulário da pesquisa. Em relação às modalidades das terapias complementares utilizadas pelas instituições participantes, 14 foram citadas, destacando-se: a musicoterapia, seguida da acupuntura e massagem. As principais finalidades foram a complementação do tratamento clínico e o alívio dos sintomas como ansiedade, dor e depressão. Quanto aos benefícios, foram mencionados: promoção do relaxamento, proporcionar melhor qualidade de vida, potencializar o efeito dos medicamentos no controle da dor, facilitar interação paciente-cuidadores-equipe, e estabelecimento de vínculo profissional-paciente.</p>
A7 ¹³	<p>Descrever aplicabilidade da hipodermoclise em cuidados paliativos em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.</p>	<p>Durante os 11 meses de coleta de dados, 1.410 atendimentos hospitalar, ambulatorial e domiciliar foram realizados pelo Serviço de Cuidados Paliativos e Dor (CPD) e em apenas 30 (0,02%) atendimentos foi aplicada a terapêutica subcutânea por meio da hipodermoclise. As indicações para o procedimento foram: doença terminal, náuseas e vômitos, debilidade severa, desidratação leve/moderada, dor severa, dor de difícil controle com analgésico por via oral e/ou falta de medicação via oral na farmácia do hospital. O local de punção mais utilizado foi a região infraclavicular com cateter agulhado de calibre variados. O fármaco mais utilizado foi a morfina, prescrito para 15 (93,75%) pacientes, administrada isolada ou em combinação com outras drogas. Quando a via foi utilizada para hidratação, as soluções administradas foram fisiológico, glicosada e glicose hipertônica. A pesquisa, demonstrou que a hipodermoclise é uma técnica segura, confiável, de fácil manipulação e com o mínimo de desconforto para o paciente, porém, ainda é pouco utilizada pela equipe da instituição do estudo.</p>

A8 ¹⁴	Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte.	Na amostra de 70 pacientes que estavam em tratamento quimioterápico de modalidade paliativa, foram utilizados três instrumentos: formulário contendo questões relacionadas ao perfil demográfico e clínico, escala Capacidade Pessoal Paliativa (PPS) e o Índice de Experiência de Sintomas (Symptom Experience Index) SEI, versão em português. Os dados sociodemográficos demonstram uma população com média de 56 anos de idade, com baixo nível de escolaridade e baixa renda, e prevalência do sexo feminino. O sítio primário do câncer foi a mama, seguido pelo câncer do trato gastrointestinal. Os locais mais comumente acometidos por metástases foram o fígado, os ossos e o pulmão. A capacidade funcional foi mensurada por meio da escala PPS, e a maioria dos pacientes encontravam-se na faixa “estável”. Em relação a experiência de sintomas, avaliada por SEI, o domínio que apresentou a maior pontuação na ocorrência de sintomas foi “problemas neurológicos” seguido de “fadiga, sono e inquietação”. A identificação do perfil dos pacientes em quimioterapia paliativa contribui para a compreensão de características e necessidades do paciente, as quais são importantes para o planejamento e a implementação de uma assistência integral e de qualidade.
A9 ¹⁵	Averiguar como enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal.	Os enfermeiros participantes do estudo abordaram a importância da relação humana, consideram a comunicação com o paciente como o alicerce para um bom relacionamento interpessoal, sendo esta uma ferramenta necessária de ser explorada para que possam expandir a habilidade de apreender as mensagens - implícitas ou explícitas - que permeiam sua relação com o paciente e os familiares. A comunicação é vista como estratégia para fortalecimento do vínculo entre enfermeiro e paciente terminal. Demonstraram preocupação em atender às necessidades dos pacientes por meio da comunicação verbal e da não-verbal. Destacam a importância do olhar, do toque, do carinho e do conforto, da empatia, da escuta ativa, da explicação dos procedimentos a serem realizados, entre outros. Ressaltaram que a comunicação é um importante canal entre paciente/família e a equipe, fundamental para que a assistência de enfermagem seja humanizada, para que haja um respeito mútuo e assim promover uma melhor qualidade de vida, estimulando a autonomia do paciente e um melhor processo de luto aos familiares.
A10 ¹⁶	Descrever o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em UTI.	A primeira fase para a validação do conteúdo foi a elaboração do protocolo assistencial contemplando histórico de enfermagem e intervenções conforme as dimensões humanas. Os itens contemplados no histórico de enfermagem foram: identificação, nível de consciência, ventilação e hidratação, eliminação vesical, balanço hídrico, eliminação intestinal, higiene corporal e curativos. E nas Intervenções de Enfermagem estão divididas nas dimensões biológica (controle da dor, dos sintomas respiratórios, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação, delírio e demência), psicológica (identificação das fases de <i>Klübler-Ross</i> e cuidado psicológico), social (apoio familiar e ao paciente), espiritual (apoio espiritual) e as intervenções no ato da terminalidade e cuidados pós-morte. A segunda fase foi a validação de conteúdo por meio de avaliação do protocolo por 11 juízes enfermeiros especialista e/ou com experiência profissional na área de cuidados paliativos. Foram realizadas alterações em alguns itens conforme sugestão dos juízes. O protocolo se mostrou válido em seu conteúdo com potencial aplicabilidade na prática clínica, necessitando de outros estudos que deem continuidade ao processo de validação.

Quadro 2- Distribuição dos objetivos e síntese dos resultados dos artigos selecionados

A comunicação como estratégia em cuidados paliativos

Para um cuidado integral e humanizado direcionado aos pacientes que vivenciam o fim da vida são necessárias diversas estratégias de cuidar, dentre as quais, destaca-se a comunicação. Os profissionais que atuam cuidando destes pacientes consideram a comunicação um processo nevrálgico em sua atuação¹⁰, por meio dela, é possível reconhecer e acolher empaticamente as necessidades do paciente, bem como dos seus familiares.¹⁵

O uso adequado das habilidades de comunicação é um dos aspectos mais importantes em cuidados paliativos, ela é considerada uma medida terapêutica muito eficaz. Dentre seus benefícios, tem-se o fortalecimento do vínculo entre enfermeiro-paciente-família; estimulação do paciente a verbalizar anseios, preocupações, dúvidas, preferências de atendimento; auxilia a detectar necessidades e ajuda na tomada de decisões, estimulando a autonomia do paciente.^{10,15}

Dentre as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros dos estudos selecionados^{10,15}, destaca-se a escuta ativa. Escutar ativamente significa centrar-se no outro e em suas reais necessidades, nos mais amplos aspectos, atentando-se para a linguagem verbal e não-verbal.^{10,15} Assim sendo, a escuta ativa é o principal meio de trabalho do paliativista, a medida que se identifica necessidades nas distintas dimensões de quem vivencia o fim da vida.¹⁰ Também como estratégias verbais, são utilizadas as reafirmações verbais de solicitude e a utilização de perguntas abertas visando acesso aos aspectos multidimensionais do paciente.¹⁰ Em relação as estratégias de comunicação não-verbal, destaca-se o toque afetivo e a presença frequente.^{10,15}

Muito embora os profissionais reconheçam a importância das habilidades de comunicação, poucas das estratégias são utilizadas, por falta de conhecimento ou pela rotina da Instituição na qual os profissionais enfermeiros atuam.^{10,15} Tais habilidades, não são adquiridas empiricamente ou com o tempo, mas com educação adequada, sendo é necessário a capacitação destes profissionais com treinamento e o constante aperfeiçoamento no âmbito dos cuidados paliativos e da comunicação no processo de morrer.^{10,15}

É importante que o enfermeiro transforme sua maneira de assistir, passando a escutar, perceber, compreender, identificar necessidades, e a partir daí, planejar suas ações a fim de prestar uma assistência efetiva e de qualidade.¹⁵

Uso de instrumentos/escalas como meio de sistematizar a assistência de enfermagem e individualizar o cuidado

Para o alcance dos objetivos propostos pela filosofia dos cuidados paliativos, é necessário ir além da interação entre o enfermeiro e a pessoa, é importante conhecer e descrever as características e necessidades específicas da população atendida, a fim de favorecer a individualização da assistência.¹⁴

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros é a utilização de instrumentos adequados para identificar e fazer uma avaliação acurada dos sintomas, da qualidade de vida, da capacidade funcional pessoal e das necessidades de cuidados existentes dos pacientes e de seus familiares.^{11,14} É um recurso que auxilia os profissionais de saúde na tomada de decisão e no julgamento crítico. A partir desse conhecimento é possível estabelecer as demandas e planejar os cuidados prestados, o que aproxima o cuidado à realidade vivenciada pela

população atendida, possibilitando assim, a implementação de um processo de tratamento individualizado.^{9,11,14}

É importante o uso de escalas padronizadas e validadas para diferentes culturas.¹¹ Um dos instrumentos utilizados é o *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r), que avalia oito sintomas físicos e psicológicos (dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar).⁹ Ele ainda precisa ser validado, mas apresenta fácil compreensão e preenchimento, podendo assim trazer benefícios para a prática clínica.⁹

Para avaliação de sintomas pode ser utilizado o instrumento *Syptom Experience Index* (SEI), que avalia vinte e um sintomas, categorizados em oito subescalas: respiratória, cognitiva, gastrointestinal/alimentação, dor/desconforto, neurológica, fadiga/sono/inquietação, eliminação e aparência; com pontuação que varia de zero a quatro, quanto mais alto o *score*, maior o desconforto ou sofrimento causado pelos sintomas.¹⁴

O SEI mensura a experiência de sintomas, que reflete o grau de sofrimento ou desconforto físico, emocional ou mental percebido e reconhecido pela pessoa.¹⁴ As pessoas que vivenciam a terminalidade da vida tem por característica dificuldade do controle dos sintomas e altos níveis de depressão e podem deparar-se com limitações no autocuidado, limitações físicas progressivas, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional, além de outras situações decorrentes da cronicidade da doença.¹¹

O *End of Life Comfort Questionnaire - Patient* é um instrumento que foi adaptado e validado para o Brasil, é baseado na teoria holística de enfermagem e visa a avaliação do conforto de pacientes ao final da vida, possibilitando assim, avaliar as diversas necessidades dos pacientes.¹¹

Visando a multidimensionalidade e a complexidade do cuidado paliativo, um estudo¹⁴ contou com três instrumentos para conhecer os pacientes tratados: um questionário voltado ao perfil demográfico e clínico da população, o qual visa conhecer as características e necessidades específicas dos pacientes atendidos nesse local. O segundo foi a Escala Capacidade Pessoal Paliativa (PPS), ferramenta que permite a mensuração do declínio progressivo da funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos, apresenta como indicadores: grau de deambulação, capacidade de fazer atividades/extensão da doença, capacidade de realizar o autocuidado, capacidade de ingerir alimentos/ingestão de líquidos e nível de consciência¹⁴. E para avaliar os sintomas, utilizou-se o SEI.¹⁴

Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear assistência de enfermagem durante o processo de morte e morrer, individualizar os cuidados prestados e organizar assistência para pacientes em cuidados paliativos internados em UTI, foi desenvolvido um protocolo assistencial composto por: histórico de enfermagem e intervenções de enfermagem durante a terminalidade, envolvendo itens relacionados à multidimensionalidade do paciente e sua família durante todo o processo, incluindo intervenções pós-morte. Esse instrumento se mostrou válido em seu conteúdo e com potencial aplicabilidade na prática, podendo auxiliar em uma assistência mais humana e de qualidade.¹⁶

A promoção do conforto e alívio do sofrimento é imprescindível ao cuidado holístico de enfermagem, e uso de instrumentos e questionários é um importante recurso para a prática clínica, pois estabelece critérios para nortear o cuidado prestado, sistematiza a assistência, a fim de uniformizar, humanizar, individualizar e aperfeiçoar as ações.^{11,16}

Assistência holística de enfermagem em cuidados paliativos

Há necessidade de desenvolver recursos tecnológicos leves, efetivos e aplicáveis ao cuidado de enfermagem, que deve ser direcionado à multidimensionalidade da pessoa, incluindo nesse cuidado, a família do paciente.

Os familiares também vivenciam a doença, que afeta toda a dinâmica familiar, impondo a necessidade de reorganizações, a fim de atender às demandas e necessidades do paciente.⁷⁻⁸ Eles necessitam se adaptar às situações como a permanência de seu familiar em uma instituição de saúde, a doença, o tratamento e a iminência de morte.⁷ Isso requer a identificação de suas necessidades biopsicossociais, que devem ser apreciadas e levadas em consideração no planejamento e desenvolvimento de ações.⁷

Como estratégia para esse cuidado integral a pacientes em cuidados paliativos, foi encontrado o uso de encontros musicais com pacientes oncológicos e familiares acompanhantes em uma casa de apoio⁷, o uso de terapias complementares¹², o uso da hipodermóclise¹³ e o atendimento domiciliar semanal.⁸

Os encontros musicais são uma estratégia de cuidado grupal tendo a música como recurso terapêutico e ativador do processo de expressão e interação entre os usuários, possibilitam relatos e diálogos, e o enfermeiro atua como mediador nesse ambiente, com escuta ativa e sensível.⁷

O encontro mediado pela música promove a abertura do ser para o diálogo e o vínculo entre enfermeiro, paciente e família, amplia as possibilidades de interação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar paliativo, subsidia aos familiares acompanhantes a elaboração de estratégias de enfrentamento e a transcendência de suas vicissitudes.⁷

A musicoterapia trata-se de uma terapia complementar multidimensional. As terapias complementares são úteis nos cuidados paliativos, uma vez que visam prestar assistência integral ao indivíduo, auxiliar o tratamento convencional e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.^{7,12}

As terapias complementares utilizadas nas Instituições Brasileiras com serviço de cuidados paliativos são a acupuntura, auriculatura, cromoterapia, do-in, fitoterapia, ioga, massagem, meditação, musicoterapia, reflexologia, reiki, shiatsu, terapia da dança, toque terapêutico e visualização.¹²

A principal finalidade do uso dessas terapias é o alívio dos sintomas como dor, ansiedade e depressão.¹² Elas promovem o alívio dos sintomas de ordem física, psicológica, emocional e espiritual, promovem sensação de bem-estar, proporcionam melhor qualidade de vida e potencializam o efeito dos medicamentos no controle da dor.^{7,12}

Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos é o controle e alívio da dor, sintoma muito presente em pacientes que vivenciam o fim da vida. Para isso, são utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A hipodermóclise (HD) é uma técnica de administração de fluídos realizada no espaço subcutâneo, pode ser de forma contínua ou intermitente.¹³ Esta é uma via alternativa, utilizada principalmente em pacientes idosos e sob cuidados paliativos, que frequentemente apresentam condições que impossibilitam a manutenção adequada de níveis de hidratação e nutrição, necessitando de vias alternativas para suporte clínico.¹³

A HD pode ser considerada uma via de escolha para a reposição de fluídos, eletrólitos e alguns tipos de medicamentos, como a morfina. Pode ser utilizando tanto no ambiente hospitalar quanto em atendimento domiciliar. Apesar da técnica

ser segura, confiável, de fácil manipulação e com o mínimo de desconforto para o paciente, ainda é pouco utilizada pelas Instituições de saúde.¹³

Os cuidados paliativos se estendem por toda a rede de atenção à saúde, nesse cenário, o acompanhamento domiciliar permite tratar a pessoa em sua situação de doença no próprio ambiente em que vive, permitindo aos profissionais respeitar a autonomia do paciente/família e desenvolver um cuidado integral.⁸

Com visitas domiciliares (VD) semanais é possível atender às necessidades subjetivas e objetivas, proporcionar um sistema de apoio que auxilie o paciente e família a instituírem uma rotina diária de vida, de forma ativa e criativa, fortalecendo-os para o enfrentamento da doença e da proximidade da morte.⁸

Nas VD é possível que o enfermeiro realize orientações e técnicas necessárias à minimização do sofrimento imposto pela doença, ensinando e auxiliando o familiar no cuidado físico do paciente.⁸ Além disso, é possível ofertar apoio psicológico, proporcionando conforto e segurança, e também servir de elo entre o paciente-família e as redes de apoio disponíveis.⁸

É muito importante a criação de vínculo com os paciente e suas famílias, foi possível observar, que nos encontros musicais⁷ e nas visitas domiciliares⁸ esse vínculo foi conquistado, além de ser citado como benefício com a utilização de terapias complementares.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro é responsável por sensibilizar toda a equipe de enfermagem, estimulando o desenvolvimento das competências humanísticas no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica, para isso é importante estar atualizado em relação a sua área de atuação.

Essa revisão possibilitou identificar as ações de enfermagem desenvolvidas atualmente para pacientes adultos em cuidados paliativos no território nacional. Verificou-se a importância dos profissionais serem empáticos com o paciente e família que vivenciam a terminalidade de vida, demonstrando segurança, interesse, responsabilidade para com eles e prestando uma assistência de enfermagem holística.

O uso de estratégias de comunicação possibilita o fortalecimento de vínculo e a identificação de necessidades, e por isso é importante que os profissionais da saúde desenvolvam mais essa habilidade. Também para identificar necessidades multidimensionais, pode-se lançar mão de instrumentos e questionários que facilitam a sistematização da assistência e individualização do cuidado.

Destaca-se que os instrumentos dos estudos analisados estavam em processo de tradução, adaptação transcultural ou validação, necessitando assim mais estudos que utilizem esses instrumentos e avaliem sua eficácia e aplicabilidade.

É importante ressaltar que uma das metas dos cuidados paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível ao paciente e sua família durante todo o período de tratamento e processo de morte e luto, e os profissionais de enfermagem precisam estar preparados para tal atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2013[acesso em 2017 jan 23];18(9):2577-2588. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>

2. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva [internet]. 2008[acesso em 2017 jan 23];20(4): 422-428. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>
3. Silva KS, Kruse MHL. Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos e a produção de subjetividades. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012[acesso em 2017 jan 23]; 46(2):460-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a26v46n2.pdf>
4. World Health Organization (WHO). WHO Definition of palliative care [online]. [acesso em 2017 jan 23]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.
6. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
7. Silva VA, Marcon SS, Sales CA. Percepção de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico. Rev. Bras. Enferm. 2014 mai/jun[acesso em 2017 mar 29];67(3):408-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0408.pdf>
8. Ribeiro AL, Almeida CSL, Reticena KO, Maia MRG, Sales CA. A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. Rev Rene. 2014 mai/jun[acesso em 2017 mar 29];15(3):499-507. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1668/pdf>

9. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013[acesso em 2017 mar 29];34(2):163-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a21.pdf>
10. Araújo MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm.* 2012 jan/mar[acesso em 2017 mar 29];21(1):121-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>
11. Trotte LAC, Lima CFM, Pena TLN, Ferreira AMO, Caldas CP. Adaptação transcultural para o português do *End of Life Comfort Questionnaire - Patient*. *Rev enferm UERJ.* 2014 jul/ago[acesso em 2017 mar 29];22(4):461-5. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13783>
12. Caires JS, Andrade TA, Amaral JB, Calasans MTA, Rocha MDS. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. *Cogitare Enferm.* 2014 jul/set[acesso em 2017 mar 29]; 19(3):514-20. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33861>
13. Justino ET, Tuoto FS, Kalinke LP, Mantovani MF. Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Cogitare Enferm.* 2013 jan/mar[acesso em 2017 mar 29]; 18(1):84-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31307>
14. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em belo horizonte. *Rev. Min. Enferm.* 2012 jan/mar[acesso em 2017 mar 29];16(1): 38-47. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>

15. Andrade CG, Costa SFGC, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013[acesso em 2017 mar 29];18(9):2523-2530. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>
16. Santos EC, Oliveira IC, Feijão AR. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm*. 2016[acesso em 2017 mar 29]; 29(4):363-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0363.pdf>
17. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 fev 1998.

ANEXO 1

NORMAS DE FORMATAÇÃO DE ARTIGOS PARA SUBMISSÃO A REVISTA: JOURNAL OF NURSING AND HEALTH

Revisões sistemáticas ou integrativas: constitui uma avaliação crítica ampliada e sistematizada da literatura sobre determinado assunto de relevância para a enfermagem e/ou para a saúde, devendo conter os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e os limites do tema, finalizando com conclusões do autor. Limite Máximo de 30 páginas e TODAS as referências deverão ser citadas na lista final, inclusive as que constam nos quadros.

• FORMATAÇÃO

Os manuscritos devem ser encaminhados em editor de texto MS Word versão 97-2003.

Especificações da formatação:

a) Os nomes dos autores, titulação, instituição a qual pertencem e função NÃO deverão constar no documento do artigo, somente nos METADADOS DE SUBMISSÃO;

b) A4 (21 cm x 29,7 cm), com margens laterais, superior e inferior de 2,5 cm cada;

c) Fonte Trebuchet MS, tamanho 12;

d) O número de páginas deve obedecer à categoria do artigo, sendo contado a partir da primeira página (títulos, resumos em todos os idiomas e descritores). Páginas numeradas, no canto superior direito;

e) Na primeira página, deverão conter os títulos, resumos e descritores, todos nos três idiomas - português, inglês e espanhol - espaçamento simples (0 pt);

f) O corpo do texto deverá estar logo abaixo dos resumos, seguindo as orientações: justificado, espaço entre linhas duplo (0pt) em todo o texto e referências. O título das seções deve ser em caixa alta e negrito: INTRODUÇÃO, MATERIAIS E MÉTODOS, RESULTADOS; DISCUSSÃO (quantitativa ou qualitativa) ou RESULTADOS e DISCUSSÃO (qualitativa). CONSIDERAÇÕES FINAIS ou CONCLUSÕES. Os subtítulos devem ser em negrito e ter somente a primeira letra em maiúscula. O recuo da primeira linha de cada parágrafo deve ser de 1,25 cm.

g) Se o trabalho que originou o manuscrito tiver auxílio financeiro, deve ser indicado o nome da agência financiadora (em nota de rodapé do título), porém, o artigo NÃO deve conter informações diretas sobre a pesquisa do qual se originou. Assim, se for elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia, dados como título, ano e instituição na qual foi apresentada somente deverão ser incluídos se o artigo for aceito na versão de publicação. No entanto, o nome do orientador deve ser incluído como autor;

h) Referências (estilo Vancouver), devendo ser atualizadas (nos últimos cinco (05) anos) em torno de 70% e, de periódicos em torno de 70%. Não utilizar anais de eventos e informações de sites. O limite de referências é no máximo 20, excetuando-se para artigos de revisão (não possui limite).

i) Não será permitido o uso de notas de fim de página no corpo do texto do artigo.

• ESTRUTURA

Primeira página

Apresentar:

a) Categoria do artigo no canto superior direito em caixa alta;
 b) Na primeira página deverá conter todos os títulos em negrito, centralizados, somente a primeira letra em maiúscula, salvo nomes próprios e com no máximo 15 palavras em todos os idiomas (português, inglês e espanhol). Não poderão ser utilizadas SIGLAS. Após os títulos, deverão constar os resumos nos três idiomas (resumo, abstract, resumen), sendo cada um, com um limite máximo de 150 palavras. Após cada resumo, em nova linha, incluir os descritores. TODOS os elementos da primeira página (títulos, resumos e descritores) deverão estar com espaçamento simples. Os títulos, resumos e descritores em inglês e espanhol deverão ser colocados em itálico.

c) **O resumo deve conter:** **Objetivo:** iniciar com o verbo no infinitivo. **Métodos:** tipo de estudo, população, amostra, critérios de seleção da amostra, período de coleta de dados, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados, referência de aprovação em Comitê de ética e número de protocolo. **Resultados (não incluir a palavra discussão):** os principais resultados discutidos com a literatura e impressões dos autores. **Considerações Finais ou Conclusões (conforme o tipo de pesquisa):** responder ao objetivo. Lembre-se: Após os dois pontos (:) de cada seção iniciar com letra minúscula.

d) **Descritores:** indicar de três (3) a cinco (5) termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], na página <http://decs.bvs.br/>, seguido do sinal de dois pontos (:). Os descritores devem ser apresentados somente com sua primeira letra em maiúscula e serão separados por ponto e vírgula (;).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras clave. UTILIZAR: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

Texto

Deve vir logo abaixo do término dos resumos.

Os textos de manuscritos originais, estudos de casos clínicos, de revisões de literatura sistemática e integrativa devem apresentar: INTRODUÇÃO; MATERIAIS E MÉTODOS; RESULTADOS; DISCUSSÃO (em pesquisas quantitativas os resultados e discussão deverão estar separados; em qualitativas poderão estar juntos ou separados); CONSIDERAÇÕES FINAIS (qualitativo/reflexão/relato de experiência) /CONCLUSÕES (quantitativo); AGRADECIMENTOS (opcional); REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver).

(1) **INTRODUÇÃO:** Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, incluindo referências estritamente pertinentes.

(2) **MATERIAIS E MÉTODOS:** Nas Revisões Sistemáticas e Integrativas devem descrever o tipo de estudo, os procedimentos adotados para a revisão, tais como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema.

(3) **RESULTADOS:** Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar, e não repetir, o que está descrito em tabelas e figuras. **As tabelas, figuras e quadros estão limitados a cinco (5) no total.** Em pesquisas qualitativas, se aceita que a discussão seja associada aos resultados.

a) Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, com espaçamento entrelinhas simples, inseridas no texto, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que foram citadas, inseridas tão logo citadas, e não ao final do artigo. O título deve ser breve, de no máximo duas linhas, que inclua apenas dados imprescindíveis, como a localização e o ano, inserido acima da tabela, em fonte Trebuchet MS, tamanho 12, com apenas a primeira letra maiúscula, e sem ponto final. As notas explicativas devem ser colocadas abaixo das tabelas, com tamanho máximo de três linhas, contendo informações sobre a fonte dos dados e explicando todas as abreviaturas não padronizadas utilizadas. Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Empregar em cada coluna da tabela, um título curto ou abreviado.

A tabela NÃO poderá ultrapassar uma página. NÃO utilizar linhas horizontais ou verticais internas e nem grades laterais. Somente os títulos e subtítulos podem estar em negrito.

b) Figuras - quadros, fotografias, desenhos, gráficos são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout, de acordo com o formato do Journal of Nursing and Health, inseridas no texto, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, com tamanho máximo de três linhas. As figuras devem ter no Máximo 500 KB e ser elaboradas no programa Word ou Excel ou convertidas em figura do tipo BMP. Se forem usadas figuras de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

▫No quadro podem ser inseridas as grades laterais.

Observação: As tabelas e figuras aceitas nos manuscrito não devem exceder em conjunto o máximo de cinco (5).

c) Citações - utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sobrescritos, sem deixar espaço entre a palavra e o número da citação. Se for ao final da frase, indicar o número após o ponto. (Ex.: ... cuidado de enfermagem.¹). Se houver vírgula, o número deve ser indicado antes da mesma. (Ex.: ... na enfermagem¹, a comunicação é fundamental). Não mencionar o nome dos autores, excluindo expressões como: “Segundo..., De acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula (Ex.: ...cuidado de enfermagem^{1-5,9}). Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Recomendamos o uso de citações indiretas, preferencialmente.

Já as Revisões, os resultados devem conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, em que se discutam os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Ainda, nos artigos de revisão as referências encontradas deverão ser citadas no decorrer dos resultados e também na lista final.

(4) DISCUSSÃO: Enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo. Deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, explorando as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Em pesquisas qualitativas, se aceita que a discussão seja associada aos resultados.

(5) CONSIDERAÇÕES FINAIS ou CONCLUSÕES (usar o primeiro para pesquisa qualitativa e o segundo para pesquisa quantitativa): Deve estar relacionada com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados. Incluir recomendações, quando pertinentes. **ATENÇÃO:** Não usar referências nas considerações finais/conclusões.

(6) Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo. Inserir somente se o artigo for aceito.

(7) Referências: Esta revista adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org/> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida para o português). O número máximo de referências aceitas no manuscrito será de 20, excetuando-se nas revisões, que não possuem limite de referências.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, estas devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que for mencionada pela primeira vez no texto. A referência de autor(es) faz-se pelo sobrenome, com a letra inicial em maiúscula, após um espaço, o(s) nome(s) abreviado(s) e sem ponto. O ponto final vai após o último autor, para separar do título da referência. Quando o documento possuir de um (01) a seis (06) autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possuir mais de seis (06) autores, citar todos os seis (06) primeiros autores, seguidos da expressão latina et al.

- Máximo 20 referências em estilo Vancouver, devendo preferencialmente ser atualizadas - nos últimos cinco (05) anos em torno de 70% e, de periódicos em torno de 70%.

- Sugere-se a inclusão de pelo menos uma referência internacional, devido a internacionalização das publicações.