



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

**INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM CUIDADOS ONCOLÓGICOS
PALIATIVOS: SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DO
ENFERMEIRO ONCOLOGISTA**

THAYANE DE FÁTIMA DA COSTA MORAES

Rio de Janeiro

2024

THAYANE DE FÁTIMA DA COSTA MORAES

**INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM CUIDADOS ONCOLÓGICOS
PALIATIVOS: SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DO
ENFERMEIRO ONCOLOGISTA**

Relatório da Defesa de Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito parcial para obtenção do título de mestre Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Orientadora: Professora Dr^a Sônia Regina de Souza

Rio de Janeiro

2024

M827

Moraes, Thayane de Fátima da Costa
Instrumentos de medida em cuidados oncológicos
paliativos: subsídios para a avaliação do enfermeiro
oncologista / Thayane de Fátima da Costa Moraes. -- Rio de
Janeiro, 2024.
92 p.

Orientadora: Sônia Regina de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2024.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Avaliação em Enfermagem. 3.
Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde. I. Souza,
Sônia Regina de, orient. II. Título.

MORAES, THAYANE DE FÁTIMA DA COSTA MORAES. **INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM CUIDADOS ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ONCOLOGISTA**, 2024. 92 P. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2014

BANCA EXAMINADORA:



Presidente: Profª Drª Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

1º Examinador(a): Profª Drª Ana Karine Ramos Brum
Universidade Federal Fluminense (UFF)

2ª Examinador(a): Prof Dr Carlos Magno Carvalho Da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Suplente: Profª Drª Grazielle Ribeiro Bitencourt
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Suplente: Profª Drª Natália Chantal Magalhães da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Rio de Janeiro

2024

Dedico esta dissertação à minha mãe. Raio de sol que me iluminou até aqui. Guerreira no nome e na vida, Jurema Cristina.

AGRADECIMENTOS

À Jurema Cristina, mãe, amiga, conselheira e inspiração. Minha fonte de amor, luz, incentivo e motivação. Com ela, por ela e para ela.

Ao meu pai, Joaquim Sebastião de Moraes. Quem me criou para ser forte, resistente, resiliente e determinada. Me ensinou a ser o melhor de mim mesma, sem que eu me perdesse de mim.

À Thayná de Fátima e Anna Lua, irmã e sobrinha que são fãs incansáveis. Que me revitalizam e me conectam com a mais pura essência de mim mesmo.

Ao meu melhor amigo, namorado, noivo, marido e parceiro, Junior Reis. Que acreditou em mim quando eu esmorecia, que foi alicerce quando achei que não mais suportaria, que foi paciente com minhas ausências, motivador durante as angústias e que cuidou e cuida de mim quando eu falto a mim mesma.

À Ana Paula Costa, Norma Duque, Elizabeth Kátia Moreira e Dilma Reis, que me tornaram filha, deram colo, apoio e proteção. Me deram abrigo e amor. Tornaram a jornada mais leve e segura.

À minha avó, Dona Jaçanan Moreira. A quem eu devo todo amor.

À minha amiga/irmã Juliana Anelli, que me deu abrigo, colo, amor e acalento.

Aos meus amigos Thiago Ferreira e George Alves, que foram amigos e professores. Me ajudaram a construir minha trajetória enquanto enfermeira, especialista, gestora e futura mestre.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Sônia Regina de Souza, que acreditou em meu potencial e pacientemente e gentilmente conduziu meu perfeccionismo e inquietações. Ensinou me para além do mestrado, mas para a vida.

À minha dupla, Glauciene Cavalcante, que caminhou comigo nessa jornada cheia de construções, inquietações, conflitos, conhecimento e crescimento.

À Dr^ª Patrícia Quintans Cundines Pacheco que em seu estágio de pós-doutorado apresentou importantes contribuições ao estudo e a mim, estimulando e apoiando meu processo de formação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UNIRIO, pela grandiosidade, acolhimento, ciência e técnica. Feliz e grata por pertencer.

Aos docentes do PPGENF/UNIRIO, que com seus saberes e áreas de atuação compartilharam a mim conhecimentos fundamentais para a construção da minha trajetória enquanto enfermeira e futura mestre.

Ao grupo de Pesquisa “Enfermagem e a Saúde da População” e ao grupo de Estudos e Pesquisa “Oncologia Integrativa” que me propuseram conhecimento, crescimento acadêmico e desenvolvendo profissional.

A Pró-Reitoria de Extensão e Cultura – PROExC, onde pude participar de um de seus incríveis e enriquecedores Projetos Interinstitucionais como bolsista de pós-graduação, permitindo maior desenvolvimento acadêmico e de pesquisa.

Aos Professores Dr^a Ana Karine Brum, Dr^a Natália Chantal, Dr^a Grazielle Bitencourt e Dr Carlos Magno, que compuseram a banca examinadora deste estudo e com dedicação, carinho e brilhantismo estimularam a mim provocações e sugestões à pesquisa que permitiram o enriquecimento do estudo e meu crescimento enquanto pesquisadora.

Aos enfermeiros e enfermeiras oncologistas que aceitaram e participaram da pesquisa. Sem a compreensão e participação destes o estudo não seria possível.

À Deus, que nada seria possível sem ELE. Concedeu-me saúde para seguir, intelecto para construir, família para me acolher e amigos para me apoiar. Por permitir que eu conquistasse mais uma etapa profissional e pessoal.

RESUMO

MORAES, Thayane de Fátima da Costa. Uso de instrumentos de medida em cuidados oncológicos paliativos: subsídios para a avaliação do enfermeiro oncologista. 2024. 120 p. Dissertação de Mestrado Acadêmico – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Orientador (a): Sonia Regina de Souza

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Estudo cujo objeto é o uso de instrumentos de medida pelo enfermeiro oncologista no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos. Teve como objetivos: (a) Identificar os instrumentos de medidas utilizados pelo enfermeiro oncologista no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos; (b) analisar as potencialidades e as limitações do uso dos instrumentos de medida no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos e (c) discutir como o enfermeiro oncologista elege, aplica e integra, no ambiente clínico adulto, os instrumentos de medida aos cuidados paliativos oncológicos. Pesquisa de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que foi desenvolvida em ambiente virtual, através da utilização de questionário on-line. A coleta de dados compreendeu-se na aplicação do questionário, no período julho a agosto de 2023, utilizando a Técnica Bola-de-Neve (*Snowball*) como estratégia para captação dos participantes. Os participantes foram enfermeiros, com a titulação de especialistas em oncologia e/ou mais de dois anos de experiência prática em cuidados oncológicos e que prestassem assistência ao paciente oncológico em cuidados paliativos em ambiente clínico (unidades de internação hospitalar). Alcançou-se 31 participantes no período estipulado, tendo as respostas analisadas com base em Bardin. Foram encontradas três categorias denominadas “Os Instrumentos de Avaliação”, “Potencialidades e Limitações do uso dos instrumentos” e “Rotina do uso dos instrumentos”. A segunda categoria é composta por duas subcategorias: “Subcategoria 1 – Potencialidades da utilização dos instrumentos” e “Subcategoria 2 - Limitações para a utilização dos instrumentos”. Conclui-se que há uma variedade de instrumentos de medida específicos para pacientes oncológicos paliativos descritos na literatura, validados e utilizados na prática clínica por enfermeiros oncologistas. Os enfermeiros oncologistas identificam benefícios da utilização dos instrumentos de medida em sua prática assistencial, porém, apresentam limitações para a utilização destes. Além disso, para que o enfermeiro seja capaz de elege, aplicar e integrar os instrumentos de medida na sua avaliação no cuidado aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos no ambiente clínico adulto, é necessário a intercessão síncrona da educação permanente, gestão e qualidade em saúde, alcançando a zona de reconhecimento da prática clínica do enfermeiro.

Palavras-Chave: “Avaliação em Enfermagem”; “Enfermagem Oncológica”; “Cuidados Paliativos”; “Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde”; “Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente”.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Fluxograma de Identificação dos Estudos nas Bases de Dados.....	19
FIGURA 2	Os processos de trabalho na enfermagem.....	35
FIGURA 3	Fluxograma de Seleção dos Participantes da Pesquisa.....	43
FIGURA 4	Questões do Formulário para Coleta de Dados.....	44
FIGURA 5	Modelo Explicativo: Instrumentos de medida como veículo de relação paciente-enfermeiro.....	67
FIGURA 6	Modelo Explicativo dos fatores que influenciam o enfermeiro a eleger, aplicar e integrar à sua prática assistencial o uso de instrumentos de medida.....	70
GRÁFICO 1	Caracterização dos participantes (Instituição de Formação)	49
GRÁFICO 2	Caracterização dos participantes (Tempo de Formação, Tempo de atuação na Oncologia e nos Cuidados Paliativos)	50
GRÁFICO 3	Caracterização dos participantes (Grau de Escolaridade)	51

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1	Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.....	20
QUADRO 2	Categorias identificadas.....	54
TABELA 1	Caracterização dos participantes (Idade, Identidade de Gênero e Estado Brasileiro de Atuação Profissional), Rio de Janeiro, 2023. N=31.....	49
TABELA 2	Caracterização dos participantes (Perfil da instituição onde os participantes trabalham e função que exercem), Rio de Janeiro, 2023. N=31.....	51
TABELA 3	O uso, a aplicabilidade e a contribuição dos instrumentos na prática dos enfermeiros oncologistas.....	53
TABELA 4	Temas da Categoria 1.....	54
TABELA 5	Temáticas da Subcategoria 1 (Categoria 2)	61
TABELA 6	Temáticas da Subcategoria 2 (Categoria 2)	63
TABELA 7	Temáticas da Categoria 3	65

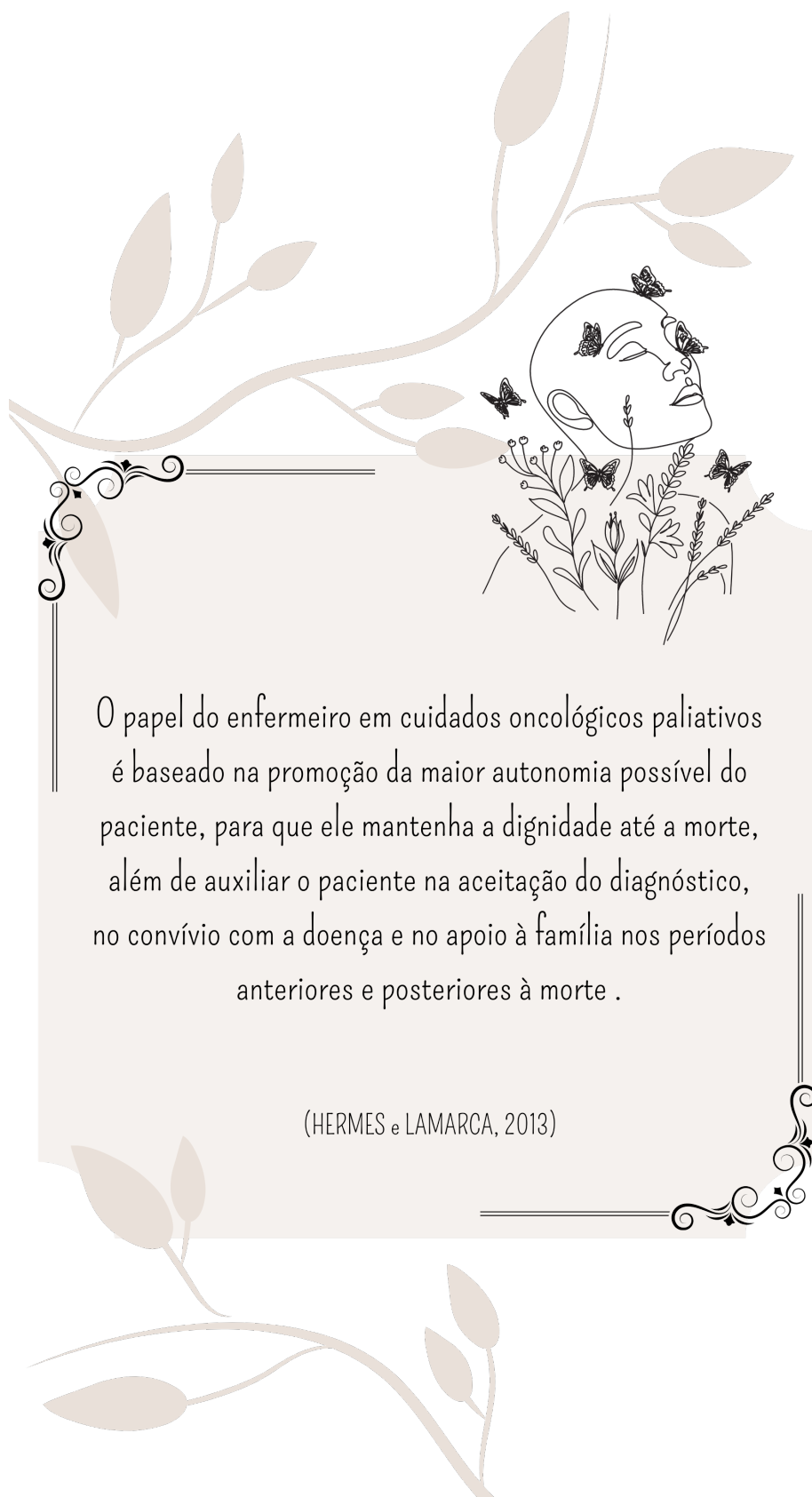
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
CANO	<i>Canadian Association of Nurses in Oncology</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCP	Cuidado Centrado na Pessoa
CHS	Ciências Humanas e Sociais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
EVA	Escala Visual Analógica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HADS	<i>Hospital Anxiety And Depression Scale</i>
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
KPS	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
NECPAL	Necessidades Paliativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OROs	<i>Observer-Reported Results</i>
PaP	<i>Palliative Prognostic Score</i>
POS	<i>Palliative care Outcome Scale</i>
PPI	<i>Palliative Prognostic Index</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
PE	Processo de Enfermagem
PROs	<i>Patient-Reported Outcomes</i>
PROMs	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
PS	<i>Performance Scale</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UR	Unidades de Registro
US	Unidade de Significação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Motivação.....	13
1.2	Problematização.....	14
1.3	Objeto do Estudo	17
1.4	Objetivos	17
1.5	Justificativa e Relevância.....	18
1.6	Contribuições do Estudo	24
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1	Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos.....	27
2.2	Instrumentos de Medida no Ambiente Clínico.....	31
2.3	Processo de Trabalho de Enfermagem: Avaliação do Enfermeiro.....	34
3	METODOLOGIA	40
3.1	Aspectos Éticos.....	40
3.2	Cenário do Estudo.....	40
3.3	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	41
3.4	Técnica de Coleta de Dados.....	41
3.5	Coleta de Dados e Participantes.....	42
3.6	Limitações do Estudo.....	44
3.7	Análise dos Dados.....	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1	Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	48
4.2	Os Instrumentos de Medida.....	52
4.3	O conteúdo descritivo e as categorias emergidas	54
4.3.1	Categoria 1 –Os instrumentos de medida.....	54
4.3.2	Categoria 2 – Potencialidades e Limitações do uso dos instrumentos.....	61
4.3.2.1	Subcategoria 1 – Potencialidades da utilização das escalas.....	61
4.3.2.2	Subcategoria 2 – Limitações para a utilização das escalas.....	62
4.3.3	Categoria 3 – Rotina do uso dos instrumentos	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	85



O papel do enfermeiro em cuidados oncológicos paliativos é baseado na promoção da maior autonomia possível do paciente, para que ele mantenha a dignidade até a morte, além de auxiliar o paciente na aceitação do diagnóstico, no convívio com a doença e no apoio à família nos períodos anteriores e posteriores à morte .

(HERMES e LAMARCA, 2013)

Fonte: Elaborado pelo autor. Rio de Janeiro, 2024

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação

A escolha e decisão de me tornar profissional de saúde, surge no momento que a oncologia se tornou um objetivo de vida profissional. Após o diagnóstico de câncer de colo de útero recebido por minha avó materna, quando eu tinha 16 anos, realizei buscas em livros e enciclopédias sobre a temática, que me inspiraram a querer cuidar de pessoas com câncer e atuar com a prevenção da doença.

No ano 2012, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde no terceiro período (primeiro contato assistencial com a pessoa hospitalizada em enfermagem clínica) tive a oportunidade de prestar assistência a pacientes com diagnóstico de câncer de forma generalista. O período de graduação, que atuei como monitora de Biologia Celular e bolsista de projeto de extensão de Microambiente Tumoral, fortaleceu e contribuiu para realização da residência em oncologia clínica cursada na Universidade Federal Fluminense (UFF).

A residência multiprofissional proporcionou contato assistencial ao paciente com câncer, atividades de educação em saúde para prevenção de câncer e aprofundamento clínico/científico sobre o tema, como enfermeira especialista e não mais generalista. Neste período de dois anos da residência, pude passar por diversas áreas dentro da oncologia, como: cirurgia oncológica, oncologia clínica, ambulatório de quimioterapia, hematologia e cuidados paliativos oncológicos. No ambulatório de cuidados paliativos oncológicos, evidenciei a partir da prática correlacionado com a teoria, o papel do enfermeiro e a atuação dele na promoção de conforto e qualidade de vida desses pacientes, mas também pude observar as fragilidades da equipe em acompanhar de maneira coordenada o manejo dos sinais e sintomas e se as ações prescritas estavam sendo de fato efetivas.

Com isso, ao ser apresentada a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (do inglês *Edmonton Symptom Assessment System - ESAS*) ainda no ambulatório de cuidados paliativos, verifiquei que esse instrumento poderia nortear as consultas de enfermagem na obtenção numérica dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e seus valores comparados à cada consulta, colaborando na elaboração do diagnóstico e prescrição de enfermagem. E a partir disso, que surgiu o objeto de estudo do meu Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado: Associação entre sintomas identificados a partir da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e tipos de tumor: subsídios para o Cuidado Oncológico Paliativo.

Ao término da residência em 2019, iniciei no mercado de trabalho como enfermeira rotina de uma unidade oncológica de uma instituição hospitalar privada, onde posteriormente

fui promovida a Enfermeira Navegadora¹ de Oncologia na mesma instituição e após aproximadamente dois anos, iniciei em outro nosocômio, como enfermeira supervisora de unidade oncológica e hematológica.

Tais experiências do mercado de trabalho, me levaram a perceber a importância de instrumentos de avaliação ao paciente oncológico paliativo, para auxiliar em um planejamento assistencial mais assertivo e individualizado, entendendo que no cotidiano da equipe de enfermagem hospitalar, são utilizados diversos instrumentos norteadores do cuidado (avaliação de risco de queda, risco de lesão por pressão, nível de consciência e outros). Porém, mesmo sendo uma prática a utilização de instrumentos de avaliação do paciente no ambiente hospitalar de forma generalista, inquietei-me com o fato da baixa adesão dos enfermeiros em lançarem mão de tais ferramentas para avaliarem os pacientes com doença oncológica.

Com isso, busquei aprofundar meus conhecimentos científicos sobre a assistência de enfermagem e seus cuidados ao paciente oncológico em cuidados paliativos. Em 2022 ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

1.2 Problematização

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de morte na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando mundialmente, devido ao envelhecimento e crescimento populacional, como também pelos fatores de risco, associados ao desenvolvimento socioeconômico. A inclusão de hábitos e comportamentos relacionados à urbanização, como o sedentarismo e alimentação inadequada, contribuíram para a transição de tumores relacionados a infecções, para o predomínio daqueles relacionados a condições socioeconômicas (BRASIL, 2019).

Devido a agressividade de alguns tipos de tumor e o avanço da doença neoplásica, mesmo quando em vigência de tratamento com intenção curativa, faz-se necessário a abordagem paliativa visando cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais (BRASIL, 2021a).

Nesse contexto, ganha destaque os cuidados paliativos (CP). Estes são cuidados realizados por uma equipe multiprofissional, que tem como objetivo oferecer assistência para

¹ Profissional com experiência clínica e treinamento que orienta os pacientes e seus cuidadores processo contínuo de tratamento do câncer, desde o diagnóstico até o seu desfecho. Responsável por identificar e abordar barreiras ao tratamento oportuno e apropriado do câncer, o enfermeiro navegador atua como um ponto central de contato para um paciente e coordena todos os componentes envolvidos no tratamento do câncer, sendo este um membro fundamental da equipe multidisciplinar de câncer (Academy of Oncology Nurse and Patient Navigators, 2023)

melhorar a qualidade de vida de indivíduos que apresentam doenças que ameaçam a vida, bem como, a de seus familiares. Os cuidados paliativos visam proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes para o paciente e oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte (WHO, 2020).

Pacientes que se encontram em cuidados paliativos, apresentam sinais e sintomas já esperados devido a complicações causadas pela doença. Porém, essas complicações surgem de forma e intensidade distintas de acordo com cada indivíduo (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010). Logo, cabe ao enfermeiro, que tem como papel fundamental, mapear continuamente os recursos e necessidades do paciente e implementar e avaliar os cuidados individuais destes (IHLER, 2019).

Visando a eficiência de seu cuidado e fundamentando-se como uma ciência, a enfermagem utiliza como metodologia de trabalho, o processo de enfermagem. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 736 de 2024, descreve sobre a aplicação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, pelos profissionais que compõem a equipe de enfermagem. O processo de enfermagem é um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro, direcionando a equipe de enfermagem para o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Este deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. O processo de Enfermagem é organizado por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, que são elas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (COFEN, 736/2024).

Apesar de ser denominada como a primeira etapa do Processo de Enfermagem, a Avaliação de Enfermagem deve ser realizada continuamente pelo enfermeiro. Esta consiste na coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico), inicial e contínua, pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais. Pode ser realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática (COFEN, 736/2024). Ao coletar os dados, o enfermeiro deve demonstrar interesse puro pelo indivíduo que está sendo examinado, deve realizar sua análise clínica sem juízo de valor, respeitando a cultura, condições sociais, orientação sexual, gênero, idade e o momento em que a pessoa se encontra (COREN-SP, 2021).

Os múltiplos sinais e sintomas (dor, constipação, cansaço náusea, perda de apetite, sonolência, ansiedade e outros) relatados por grande parte dos pacientes em palição, devem ser mapeados pelo profissional de saúde de maneira individualizada e subjetiva, respeitando fatores físicos, afetivos, comportamentais, sociais e culturais do paciente. Além disso, o

manejo adequado dos sintomas oferece melhor qualidade de vida para os pacientes (CARVALHO, et al, 2018).

A individualização do cuidado, atendimento com respeito, compaixão e dignidade, cuidado coordenado e personalizado e estímulo ao autocuidado dos pacientes, são diretrizes apontadas por modelos de Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) (THE HEALTH FOUNDATION, 2016). Estudos apontam que os CCP, quando aplicados de forma integral pelos profissionais, estão associados a melhores resultados de cuidados de saúde (qualidade assistencial), maior adesão ao tratamento, melhor qualidade de vida e menor tempo de internação hospitalar (BRICKLEY, et al, 2019).

Os instrumentos de avaliação (que podem ser utilizados durante a Avaliação de Enfermagem), também chamados de questionários ou escalas de medicação, vêm apresentando maior utilização ao longo dos anos no campo da saúde e demonstram papel importante para a pesquisa, ensino e prática (ACELAS; MONTAÑEZ, 2018). Estes instrumentos são compreendidos como uma tecnologia levedura, que podem ser utilizadas para reduzir a despersonalização do indivíduo e fortalecer a qualidade do cuidado e a relação terapêutica entre paciente e profissional de saúde (ALMEIDA; ALMEIDA; ESCOLA; RODRIGUES, 2016).

Estes instrumentos podem ser preenchidos através de observações clínicas dos profissionais de saúde ou a partir de relatos subjetivos dos pacientes, atualmente chamados de Resultados Relatados pelo Paciente (PROs - *Patient-Reported Outcomes*).

Buscando medir os PROs são utilizados instrumentos de Medidas Relatadas pelo Paciente (PROMs - *Patient-Reported Outcome Measures*). As PROMs são instrumentos de avaliação que foram desenvolvidas para garantir uma medida válida e confiável dos PROs, ou seja, são ferramentas metodológicas usadas para capturar o impacto da doença no bem-estar do paciente e podem incluir instrumentos validados que medem o estado funcional, sintomas de qualidade de vida, carga de sintomas, experiência pessoal de cuidados e comportamentos relacionados à saúde. baseado na resposta de cada paciente (WELDRING; SMITH, 2013).

A avaliação sistemática e o uso de instrumentos de medida associada a participação ativa do paciente nas decisões sobre o seu tratamento, resultam em um controle de sintomas mais efetivo e melhorias na saúde física e mental, além de melhor uso dos recursos em saúde (KAASA et al, 2018).

Os profissionais de saúde percebem as PROMs como instrumentos facilitadores na identificação e avaliação de sintomas e sofrimento psicológico, social e espiritual dos pacientes. Já os pacientes descrevem as PROMs como relevantes, úteis e fáceis de usar (EASPAIG et al, 2020). No entanto, estes instrumentos de medida, não são utilizados de forma rotineira para o atendimento individualizado do paciente, que diverge do que os profissionais

consideram útil e benéfico versus o uso real do instrumento na prática diária (CHASEN et al, 2015).

O uso dos instrumentos de medida na prática ainda é baixo, porém a aceitação dos profissionais e postura positiva frente aos instrumentos pode fortalecer a implementação destes de forma rotineira, desde que, recursos e treinamentos adequados sejam fornecidos (BRUNELLI et al, 2022)

A utilização de instrumentos de medida para a avaliação clínica, juntamente com seus escores, desenvolvem um papel importante na oferta de um cuidado diferenciado aos pacientes. Elas são capazes de identificar e quantificar as demandas, possibilitando a prescrição de cuidados, a eficácia desses e a necessidade de novos cuidados. (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010). Porém, apesar da importância da utilização dos instrumentos de medida pelos profissionais de saúde, se faz necessário a realização de estudos que avaliem o conhecimento e o uso dos instrumentos a partir da percepção dos enfermeiros oncologistas.

Frente ao apresentado, surgem as seguintes questões norteadoras:

- Na perspectiva do enfermeiro oncologista, quais os instrumentos de medida são utilizados no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos?
- Na perspectiva do enfermeiro oncologista, quais as potencialidades e as limitações do uso dos instrumentos de medida nos cuidados paliativos oncológicos?

1.3 Objeto do estudo

O uso de instrumentos de medida pelo enfermeiro oncologista no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos.

1.4 Objetivos

Identificar os instrumentos de medidas utilizados pelo enfermeiro oncologista no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos;

Analisar as potencialidades e as limitações do uso dos instrumentos de medida no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos;

Discutir como o enfermeiro oncologista elege, aplica e integra, no ambiente clínico adulto, os instrumentos de medida aos cuidados paliativos oncológicos.

1.5 Justificativa e Relevância

Buscando apoiar o estudo, foi realizado uma revisão integrativa (revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados incluídos – SOARES et al, 2014), que teve como objetivo reunir os resultados de pesquisa para ampliação do conhecimento do tema pesquisado.

Para a realização da busca na literatura, mesmo não sendo uma Revisão Sistemática, foram adotadas as recomendações da metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que foram: Definição da pergunta norteadora, utilização de um acrônimo de pesquisa (PVO), documentação das bases de dados adotadas e das estratégias de busca elaboradas, documentação da fase de seleção dos estudos (Fluxograma PRISMA) e seleção e extração dos dados em dupla. Visando assim, robustez e transparência na metodologia da Revisão Integrativa.

Na primeira etapa prevista na Revisão Integrativa, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: Quais são os instrumentos de medida em cuidados paliativos oncológicos adulto utilizados por enfermeiros oncologistas? Nesta etapa foi utilizada a estratégia PVO (Problema/Variáveis/Resultados) – P (instrumentos para a avaliação sistematizada e coordenada do paciente adulto em cuidados paliativos oncológicos); V (instrumentos de avaliação; cuidados paliativos oncológicos; adulto) e O (melhores evidências dos principais instrumentos de medida para avaliação dos pacientes em cuidados paliativos oncológico adulto).

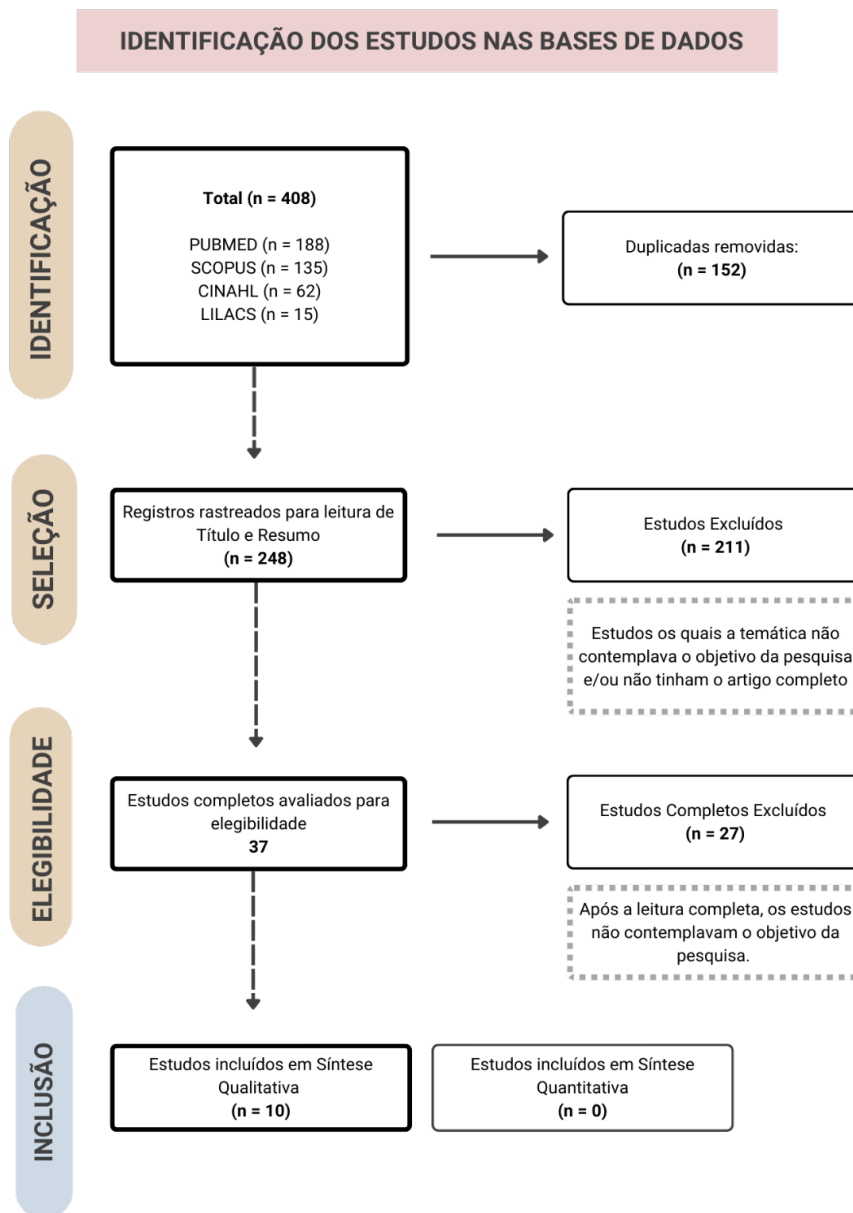
A segunda etapa, que consiste na busca de publicações, foi realizada em março de 2023 nas seguintes bases de dados PUBMED, **SCOPUS**, Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (**CINAHL**) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (**LILACS**), correlacionando os descritores "*Weights and Measures*", "*Outcome and Process Assessment, Health Care*", "*Needs Assessment*", "*Patient Outcome Assessment*", "*Process Assessment, Health Care*", "*Patient Outcome Assessment*", "*Outcome Assessment, Health Care*", "*Patient Reported Outcome Measures*", "*Palliative Care*", "*Hospice and Palliative Care Nursing*", "*Palliative Medicine*", "*Hospice Care*", *Neoplasms, Carcinoma, Adenocarcinoma, Sarcoma* e termos sinônimos, com o objetivo de encontrar evidências científicas para responder a pergunta de pesquisa proposta no presente estudo.

Para identificação dos termos de busca foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde **DeCs** (Descritores em Ciências da Saúde) e **MeSH** (*Medical Subject Headings*). Foram aplicados filtros de data (2013-2023) e idioma (português, inglês e espanhol). Não foi aplicado filtro para desenho de estudo. O processo de elaboração das estratégias de busca atendeu as recomendações do *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS). Os critérios de exclusão foram estudos duplicados ou com repetição de

publicação em mais de uma Base de Dados, os artigos que não responderam à questão condutora do estudo e publicações em forma de dissertações, teses e monografias.

Após a realização das buscas nas bases de dados, **400** registros foram identificados e exportados para o gerenciador de referências *EndNote Web*. Foram removidas **152** duplicatas, totalizando **248** registros. Aplicados os critérios de elegibilidade, dois revisores selecionaram **37** estudos para leitura na íntegra. Ao final, **10** estudos foram incluídos nesta revisão (FIGURA1).

Figura 1– Fluxograma de Identificação dos Estudos nas Bases de Dados



Fluxograma elaborado pelos autores para seleção dos estudos segundo o *Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Rio de Janeiro, 2023.

Em resumo dos artigos selecionados, evidenciou-se que há um déficit de estudos que abordem sobre os principais instrumentos utilizados para medidas de resultados em cuidados paliativos oncológicos na prática assistencial de enfermagem, principalmente no que tange a respeito da utilização desses pelos enfermeiros em sua prática assistencial. Os estudos incluídos foram predominantemente relacionados a instrumentos que avaliam qualidade de vida, necessidades dos pacientes, avaliação de dor, manejo de sintomas, pesquisas clínicas e avaliação de prognóstico.

Dos estudos selecionados, respeitando os critérios de inclusão da pesquisa, nenhum destes correspondiam a estudos realizados em cenário brasileiro e que avaliassem a perspectiva de enfermeiros frente a temática, corroborando também a necessidade de estudos sobre a temática (Quadro 1). Os resultados completos da revisão integrativa serão publicados na íntegra em um segundo estudo.

Quadro 1– Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Artigo	Autores/Local	Revista/Ano	Objetivo	Resultados Principais
Association of the RASS Score with Intensity of Symptoms, Discomfort, and Communication Capacity in Terminally Ill Cancer Patients Receiving Palliative Sedation: Is RASS an Appropriate Outcome Measure?	Imai et al (Japão)	Palliative Medicine Reports (2022)	Explorar a associação entre RASS e o grau de sofrimento quantificado por outras medidas: Item "controle de sintomas" do Cronograma de Avaliação da Equipe de Apoio (STAS, item 2), Escala de Desconforto para Demência do Tipo Alzheimer (Desconforto Escala) e Instrumento de Avaliação da Dor do Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN), bem como capacidade de comunicação medida pela Escala de Capacidade de Comunicação (CCS), item 4.	A pontuação RASS geralmente está associada com outras medidas de desconforto e pode ser usado para estimar aproximadamente o sofrimento físico em pacientes que recebem sedação paliativa. Mas alguns pacientes podem ter sofrimento indetectável pelo RASS, e uma medida para mais quantificar preciosamente a experiência dos sintomas dos pacientes é preciso.
Assessing unmet needs in advanced cancer patients: a systematic review of the development, content, and quality of available instruments	Rimmer, B. Crowe, L. Todd, A. Sharp, L. (Inglaterra)	J Cancer Surviv (2022)	Identificar sistematicamente instrumentos disponíveis para avaliar necessidades não atendidas de pacientes com câncer avançado e avaliar seu desenvolvimento, conteúdo e qualidade	Muitos instrumentos estão disponíveis para avaliar necessidades não atendidas no câncer avançado. Existe uma grande heterogeneidade em seu desenvolvimento, conteúdo e qualidade

<p>RELIEF: A digital health tool for the remote self-reporting of symptoms in patients with cancer to address palliative care needs and minimize emergency department visits</p>	<p>Bhargava et al. (Canadá)</p>	<p>Current Oncology (2021)</p>	<p>1. Demonstrar que o RELIEF é uma ferramenta viável para pacientes com necessidades de cuidados paliativos para auto-relatarem facilmente seus sintomas à equipe clínica; e 2. Permitir intervenções oportunas ou monitoramento rigoroso pela equipe clínica para minimizar visitas desnecessárias ao pronto socorro ou admissões hospitalares nesta população de pacientes.</p>	<p>Foram acionados 133 alertas, metade dos quais exigiu intervenção clínica. Nenhum paciente visitou o pronto-socorro para tratamento dos sintomas durante o estudo. A equipe clínica estimou que cinco visitas ao departamento de emergência foram evitadas devido ao RELIEF – economizando um custo estimado de mais de CAD 60.000. O RELIEF é um método viável e aceitável para o monitoramento remoto de pacientes com necessidades de cuidados paliativos por meio do autorrelato regular de sintomas</p>
<p>Oral symptoms in patients with advanced cancer: an observational study using a novel oral symptom assessment scale</p>	<p>Davies et al. (Irlanda)</p>	<p>Support Care Cancer (2021)</p>	<p>Identificar ferramentas de avaliação de sintomas orais que tenham sido utilizadas especificamente em pacientes com “câncer avançado”.</p>	<p>A revisão identificou quatro escalas de avaliação de sintomas validadas, incluindo uma escala de qualidade de vida específica para o cancro (EORTC QLQ OH-15), uma ferramenta genérica para avaliar o “impacto social” de problemas orais específicos (OHIP), uma escala de sintomas genéricos específicos para o cancro. escala de avaliação de sintomas orais (MSAS) e uma escala de avaliação de sintomas orais específicos do câncer (OSAS).</p>

<p>A Patient-Reported Outcome Instrument to Assess Symptom Burden and Predict Survival in Patients with Advanced Cancer: Flipping the Paradigm to Improve Timing of Palliative and End-of-Life Discussions and Reduce Unwanted Health Care Costs</p>	<p>Goldberg et al. (Estados Unidos da América - EUA)</p>	<p>Oncologist (2019)</p>	<p>Desenvolver um instrumento de resultados relatados pelo paciente (PRO) que permite aos pacientes expressarem a carga dos seus sintomas e facilitar o timing das discussões.</p>	<p>O C-PASS-7 PRO permite o monitoramento contínuo de carga de sintomas entre pacientes com câncer avançado. Mais importante, porque o CPASS-7 expressa a voz do paciente, a equipe de saúde não será vista como alguém que nega cuidados, mas em vez disso, respondendo à carga de sintomas do paciente e alinhar o cuidado com os desejos do paciente – um dever primário da saúde profissionais de cuidados.</p>
<p>Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures</p>	<p>Vigstad, S. Clancy, A. Broderstad, A. (Noruega)</p>	<p>Norwegian Journal of Clinical Nursing (2019)</p>	<p>O objetivo do estudo é elucidar o autorrelato de sintomas de pacientes com câncer paliativo na admissão e na alta de uma unidade de cuidados paliativos</p>	<p>Bons cuidados paliativos implicam que os enfermeiros estejam atentos e tenham conhecimento dos sintomas dos pacientes. O registo sistemático de dados de sintomas facilita a detecção de sintomas que, de outra forma, poderiam ter passado despercebidos. O rastreio e o tratamento precoces podem reduzir o risco de sintomas graves e problemáticos durante um longo período e, portanto, proporcionar uma melhor qualidade de vida.</p>
<p>Change in Palliative Performance Scale (PPS) Predicts Survival in Patients with Terminal Cancer</p>	<p>Jee Hye et al. (Coreia)</p>	<p>Korean Journal of Hospice & Palliative Care (2017)</p>	<p>Examinar a associação entre alterações no escore PPS e sobrevida em pacientes com câncer avançado</p>	<p>Mudanças no PPS podem ser um indicador mais sensível de morte iminente do que um único PPS medido no dia da admissão em pacientes</p>

				terminais com câncer.
Integrating patient reported measures as predictive parameters into decisionmaking about palliative chemotherapy: A pilot study	Creutzfeldt et al. (Alemanha)	BMC Palliative Care (2016)	Avaliar o valor preditivo da Qualidade de Vida pré-tratamento e Carga de Sintomas no tratamento	A integração da avaliação da Qualidade de Vida e da carga de sintomas na tomada de decisões sobre quimioterapia paliativa parece ser uma abordagem importante para melhorar o resultado do paciente e deve ser avaliada mais detalhadamente.
An Update on the Quality-of-Life Measurements in Lung Cancer Patients Receiving Palliative Radiotherapy: A Literature Review	Chu et al. (Canadá)	World J Oncol (2013)	Realizar uma revisão sistemática sobre instrumentos validados utilizados para avaliar a qualidade de vida (QV) em pacientes com neoplasias pulmonares primárias ou metastáticas.	Todos os estudos compilados utilizaram QV ou palição de sintomas como desfecho primário ou secundário para pacientes com câncer de pulmão avançado. Um total de 17 estudos preencheram os critérios. Quatro questionários foram mais comumente usados: o EORTC QLQ-C-30, o EORTC QLQ-LC-13, o Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Estudo Italiano de 2022, realizado em um centro oncológico em Milão avaliou o conhecimento, uso e percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de radioterapia e radiologia) em relação as medidas de resultados relatados pelos pacientes. Este estudo evidenciou que apesar dos profissionais apresentarem uma percepção geralmente positiva em relação ao uso dos instrumentos, estes identificaram como dificuldade de aderir a utilização das escalas por falta de recursos (tempo, pessoal), e tal dificuldade mostrou-se superior do que os itens referentes à falta de utilidade ou confiabilidade do PROM. O estudo indica a realização de pesquisas futuras pois tais dados

não podem ser generalizados por ter sido realizada em uma única instituição (BRUNELLI et al, 2022)

Visto a pertinência dos dados apresentados, mostra-se a necessidade de compreender a percepção dos enfermeiros oncologistas em cuidados paliativos oncológicos sobre a utilização dos instrumentos de medida e as repercussões da utilização desses para a assistência de enfermagem aos cuidados com os pacientes em cuidados paliativos oncológicos, tornando o presente estudo relevante.

1.6 Contribuições do Estudo

A avaliação do enfermeiro com o propósito de investigação diagnóstica dentro do Processo de Enfermagem, é uma etapa fundamental para que o plano terapêutico da pessoa seja personalizado e individualizado e o mais assertivo possível. Na assistência do enfermeiro oncologista em cuidados paliativos há inúmeros instrumentos que podem vir a contribuir com a identificação das principais necessidades humanas do indivíduo e/ou a mensuração dessas para fornecer um cuidado holístico e resolutivo.

Para isso, estudos a respeito da temática (entendendo a lacuna de produção sobre o tema) são primordiais para fortalecer a prática assistencial do enfermeiro (com cuidado centrado na pessoa), na produção e atualização científica frente a temática, levando ao aprimoramento do ensino para formação de enfermeiros com raciocínio crítico capazes de eleger e utilizar as tecnologias em saúde no cuidado oncológico paliativo.

Ensino

O fomento da discussão acadêmica sobre a avaliação contínua do enfermeiro especialista frente as respostas humanas do paciente oncológico paliativo, agregada aos conhecimentos fundamentais (semiologia, patologia, fisiologia, anatomia e outros) e ao conhecimento da utilização dos instrumentos de medida, como ferramentas que contribuem na elaboração do diagnóstico de enfermagem e com ele o planejamento da assistência individualizada e de qualidade baseada em evidências científicas, torna-se a contribuição para o ensino.

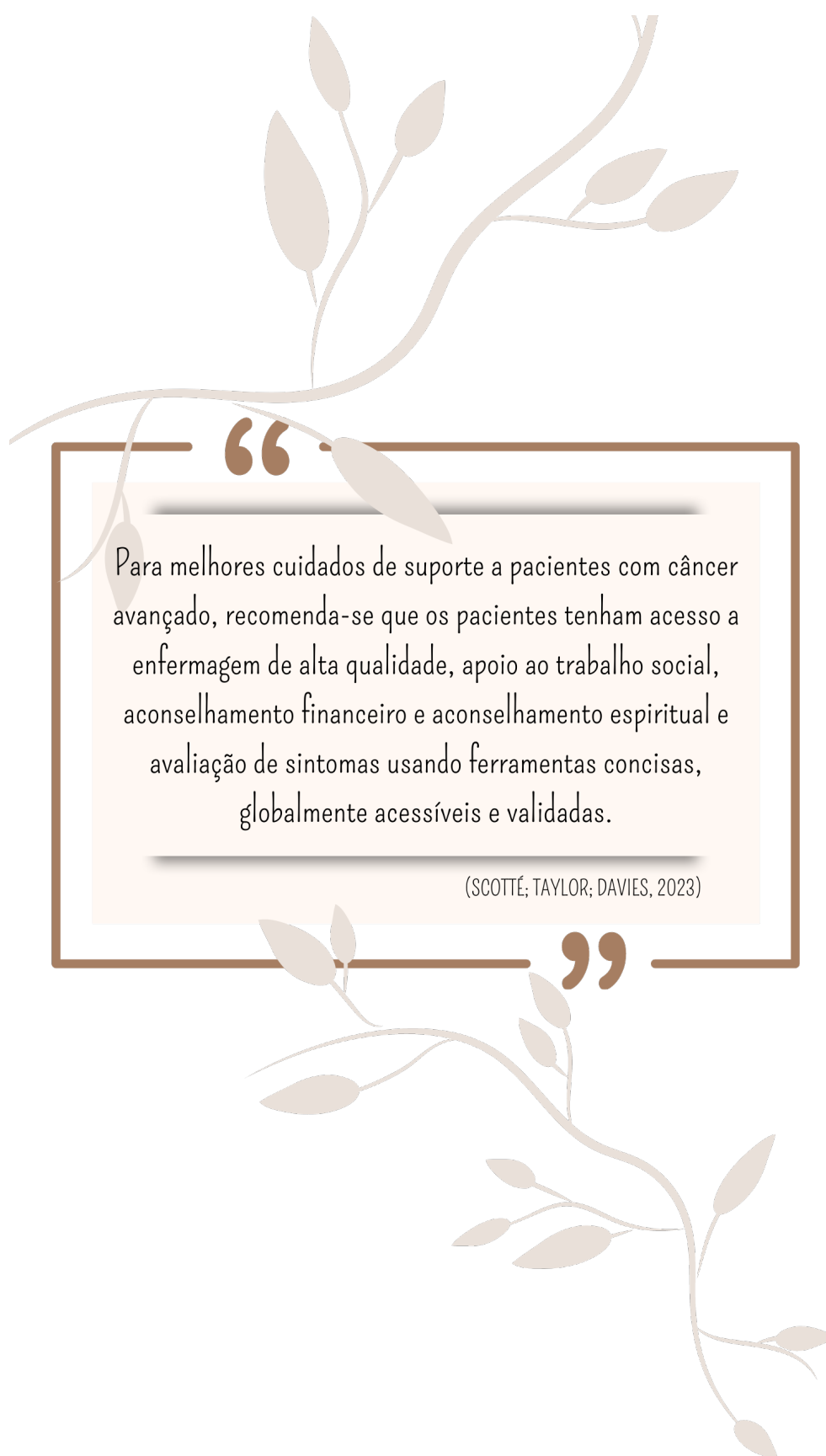
Assistência

Ao mesmo tempo, a produção destes conhecimentos e a discussão sobre a utilização dos instrumentos de medida como uma tecnologia levedura na prática do enfermeiro como um profissional liberal, contribuirá para que este profissional (que exerçam atividades assistenciais e/ou de gestão) no cenário de cuidados oncológicos paliativos, ele seja capaz de eleger, planejar e/ou redesenhar processos assistências de modo que os instrumentos corroborem na oferta de uma assistência de enfermagem segura, individualizada e

fundamentada cientificamente, aprimorando a prática e sua rotina para o fortalecimento do cuidado.

Pesquisa

Para o campo da pesquisa em enfermagem, está em aprofundar estudos nacionais para o debate sobre a utilização dos instrumentos de medidas na assistência de enfermagem com pacientes oncológicos em palição.



“ Para melhores cuidados de suporte a pacientes com câncer avançado, recomenda-se que os pacientes tenham acesso a enfermagem de alta qualidade, apoio ao trabalho social, aconselhamento financeiro e aconselhamento espiritual e avaliação de sintomas usando ferramentas concisas, globalmente acessíveis e validadas.

(SCOTTÉ; TAYLOR; DAVIES, 2023)

”

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos

Uma das principais causas de morte no mundo, com aproximadamente 10 milhões de óbitos em 2020, é causada pelo câncer (WHO, 2021). Este é um dos principais problemas de saúde pública do mundo, sendo também uma das barreiras para o aumento da expectativa de vida da população mundial. (BRASIL, 2022a).

O câncer, doença que foi descrita pela primeira vez por Hipócrates (*KARKINOS* – palavra grega que significa caranguejo, devido a morfologia tumoral, com vasos dilatados ao redor do tecido vegetativo, que se remeteu a um caranguejo na areia) é uma doença crônica não transmissível que compromete a saúde do homem há mais de três mil anos antes de Cristo (BRASIL, 2020)

Os fatores que levam a formação de tumores podem ser externos (fatores de risco de natureza ambiental), como tabagismo, alcoolismo e radiação solar, que estão associados aos hábitos sociais e culturais; e internos, que em sua maioria estão relacionados a condições genéticas pré-determinadas, exercendo um papel importante para a oncogênese, porém raros são cânceres que são exclusivamente hereditários. Esses fatores podem interagir entre si, aumentando a probabilidade do desenvolvimento do tumor e/ou aumentar sua malignidade (BRASIL, 2020).

O envelhecimento é um fator importante para o aparecimento dessa patologia, visto que as células dos indivíduos mais idosos ficaram expostas por mais tempo às causas de risco para câncer (BRASIL, 2020). O acúmulo geral à exposição a fatores de risco é combinado com a tendência dos mecanismos de reparo celular serem menos eficazes à medida que a pessoa envelhece, compreendendo-se o porquê de as neoplasias serem mais frequentes nessa faixa etária (WHO, 2021).

Dentre as causas, 80% a 90% dos cânceres são gerados por fatores ambientais. (BRASIL, 2021b). Aproximadamente 13% dos cânceres globalmente diagnosticados em 2018, foram atribuídos a infecções associadas a *Helicobacter Pylori*, papilomavírus humano (HPV), vírus da hepatite B, vírus da hepatite C e vírus Epstein-Barr. (WHO, 2021).

Atualmente, entre 30 e 50% dos cânceres podem ser prevenidos através do não consumo de tabaco, mantendo peso corporal saudável, praticando atividade física regularmente, consumir frutas e legumes e realizar dieta saudável, evitar a exposição à radiação ultravioleta, evitar ou reduzir o consumo de álcool, vacinar-se contra HPV e hepatite B (se pertencer a um grupo para o qual a vacinação é recomendada), minimizar a exposição ocupacional à radiação ionizante e reduzir a exposição à poluição do ar.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo, no ano de 2020 em ambos os sexos, foram câncer de mama (2,26 milhões de casos novos), seguido de câncer de pulmão (2,21 milhões de casos novos), cólon e reto (1,93 milhão de casos novos) e próstata (1,41 milhão de casos novos). Os dez tipos de câncer mundialmente mais prevalentes, respectivamente, são o câncer de mama, cólon e reto, próstata, pulmão, estômago, tireoide, bexiga, fígado, colo de útero e linfoma não Hodgkin (IARC, 2020)

A estimativa para cada ano do triênio 2023-2025 ocorra 704 mil casos novos de câncer no Brasil, onde o câncer de pele não melanoma será o mais incidente (31,3% do total de casos), seguido pelos cânceres de mama (10,5%) e próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%) (BRASIL, 2022a).

O câncer de pulmão, com 18 milhões de óbitos em 2020, é o tipo de câncer com maior mortalidade no mundo, após o câncer de mama (13,6 milhões de óbitos), câncer colorretal (9 milhões de óbitos) e câncer hepático (8,7 milhões de óbitos) (IARC, 2020).

No Brasil, a incidência de óbitos em 2020 foi de aproximadamente 260 mil casos, com o maior índice de óbitos por câncer quando comparado com os demais países da América do Sul e em sexto lugar do ranking mundial, atrás apenas da China, Índia, EUA, Japão e Rússia (IARC, 2020).

Devido a progressão da doença (metástases ou doença localmente avançada) e/ou difícil manejo dos sintomas relacionado ao tratamento, é recomendado que os cuidados curativos sejam associados ao Cuidados Paliativos (CP) o mais precoce e sempre que possível à medida que a doença avança a abordagem paliativa deve ser ampliada, abordando também, necessidades psicológicas, sociais e espirituais (BRASIL, 2021a).

Os cuidados paliativos tiveram início em 1967, com a inauguração de duas instituições reconhecidas pelo seu compromisso educacional, encontradas na Inglaterra e na Irlanda. A assistência hospitalar especializada em cuidados paliativos foi realizada pela primeira vez em 1976 em Montreal, no Canadá. E foi a partir da definição de cuidados paliativos dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, e atualizada em 2002, que ocorreu o reconhecimento dessas práticas do cuidado (ANCP, 2017).

A OMS define cuidados paliativos como uma abordagem multiprofissional, que busca oferecer qualidade de vida para os pacientes e seus familiares que enfrentam enfermidades que não respondem mais a tratamentos curativos, e deve-se prevenir ou aliviar o sofrimento destes. Os cuidados paliativos consideram o morrer como um processo natural, sem a pretensão de antecipar a morte; busca alívio a dor e outros sintomas angustiantes; oferece apoio para que o paciente possa viver de forma mais ativa até o fim de sua vida e proporciona apoio aos familiares durante a progressão da doença até após o falecimento do ente (WHO, 2020).

Em 2007, a partir do artigo de Brennan (2007), os CP são apresentados como um direito humano. Este direito internacional é fundamentado pelo direito à saúde e o direito a estar livre de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. Sendo assim, os cuidados de saúde incluem cuidados paliativos, onde o paciente com doença ameaçadora da vida, tenha acesso a cuidados de saúde adequados, obtendo medicamentos e cuidados básicos para o controle de sintomas e cuidados de fim de vida. (WHPCA, 2020)

Pacientes em cuidados paliativos oncológicos apresentam sinais e sintomas já identificados, como a dor, anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia, fraqueza, sofrimento psíquico, *delirium* entre outros (INCA, 2022). Dor e dificuldade em respirar são dois dos sintomas mais frequentes e graves sentidos pelos pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Controlar precocemente tais sintomas é um dever ético para aliviar o sofrimento e respeitar a dignidade da pessoa (WHO, 2020).

As limitações e dificuldades de acesso aos serviços de cuidados paliativos no Brasil, é refletida na má qualidade de morte, que está associada a falta de atendimento multidimensional (MARCUCCI et al, 2016). O Índice de Qualidade da Morte apresentada pela *The Economist Intelligence Unit* em 2015, mostrou a disponibilidade, acessibilidade e qualidade do atendimento a pacientes ao fim da vida em 80 países. O Brasil ficou classificado em 42º lugar, abaixo de países com renda *per capita* igual ou menor, como Costa Rica, Jordânia, África do Sul e Cuba (renda média), e Mongólia e Uganda (baixa renda) (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Para que o objetivo dos cuidados paliativos seja alcançado, de proporcionar conforto e qualidade de vida, o serviço deve oferecer atendimento sob os cuidados de uma equipe multiprofissional capacitada, para que assim, seja alcançado todas as dimensões do paciente e resultados satisfatórios. Na atenção paliativa oncológica, a interação entre os membros da equipe multiprofissional é inevitável, equipe essa, composta predominantemente por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistente social, psicólogo, farmacêutico e demais profissionais a depender das necessidades do paciente (BRASIL, 2022b).

Dentro do contexto dos cuidados paliativos, o enfermeiro é um componente essencial dentro da equipe multiprofissional, entendendo que este profissional é capaz de conectar os membros envolvidos no cuidado e de participar de forma mais profunda do universo familiar do paciente (SILVA E SILVEIRA, 2015).

A formação de Enfermagem em Oncologia como especialidade, iniciou-se nos Estados Unidos da América (EUA), havendo nas últimas décadas avanços da prática profissional ao cuidado de pacientes com uma doença sistêmica, entendendo o câncer como um problema biológico (SANTANA; LOPES, 2007).

No período os enfermeiros desempenhavam funções importantes no cuidado beira-leito, medidas de conforto para os pacientes cirúrgicos e em tratamento paliativo em fim de

vida. Com tudo, o papel do enfermeiro em oncologia ganha ascensão com o crescimento dos ensaios clínicos voltados para novas drogas terapêuticas de quimioterápicos. Devido a estes estudos, houve a necessidade da integração da equipe multidisciplinar direcionada para os cuidados do paciente com diagnósticos de câncer, com a pesquisa clínica (SANTANA; LOPES, 2007).

Na década de 70, os ensaios clínicos e a equipe multidisciplinar expandiram da academia para a comunidade, evidenciando, então, a demanda da especialidade da enfermagem em oncologia, levando aos movimentos de organizações de ensino para construção de educação curricular e cursos de especialização em enfermagem oncológica (SANTANA; LOPES, 2007).

No Brasil, a partir do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, inicia a organização dos enfermeiros na área oncológica (em 1983). Nesta ocasião, em uma reunião de enfermeiros da área oncológica, principiou o processo de organização da categoria em nível nacional, que gerou em 1984, a criação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo (SEOESP). Em 1988, em Salvador, aconteceu a eleição e posse da primeira diretoria da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO) (SANTANA; LOPES, 2007).

Em 2006, a *Canadian Association of Nurses in Oncology* (CANO) publicou os Padrões de Práticas e Competências para o enfermeiro especializado em oncologia. Descreve que o enfermeiro oncologista realiza cuidados abrangentes, avaliando as necessidades de saúde e cuidados de suporte do indivíduo com câncer e suas famílias, em toda linha de cuidados do câncer usando uma abordagem sistemática e sensível à língua e à cultura do paciente. Esta considera o contexto situacional e as necessidades e respostas do indivíduo (CANO, 2006)

A CANO classificou os enfermeiros oncologistas como: Generalista - pode cuidar de pacientes com câncer dentro de um número de casos designado e nível de educação básico; Especializada - é um enfermeiro cujo principal foco é o tratamento do câncer. Esta aprimorou o conhecimento especializado e habilidade, e práticas em um ambiente onde a maioria dos indivíduos tem diagnóstico de câncer ou estão em risco de desenvolver câncer; Oncologia Avançada - é mestre em enfermagem, preparado com conhecimento e experiência em uma área de enfermagem oncológica (CANO, 2006).

Dentre a classificação são listadas as competências dos enfermeiros utilizando nove padrões de cuidados e sete domínios de práticas. Para cada um desses domínios, o padrão de prática é identificado junto com as competências de enfermagem, que são eles: Domínio de Prática 1: Avaliação Abrangente de Saúde; Domínio de Prática 2: Relacionamentos Terapêuticos e de Apoio; Domínio de prática 3: Manejo dos sintomas e tratamento do câncer e Efeitos colaterais; Domínio de Prática 4: Ensino; Domínio de Prática 5: Facilitando a Continuidade do Cuidado/Navegando no Sistema; Domínio de Prática 6: Tomada de Decisão;

Domínio de Prática 7: Prática Profissional e Liderança. A busca pela excelência em enfermagem oncológica é o objetivo da descrição dessas competências (CANO, 2006).

Dentre as competências descritas em cada domínio, estão contidas competências relativas a assistência em cuidados paliativos, tendo o enfermeiro papel importante de educação em saúde, fornecendo informações/educação relevantes em os momentos apropriados, auxiliando o indivíduo/família a compreender o conceito de cuidados paliativos e fim a vida conforme a necessidade, que pode surgir ao longo da trajetória, e facilitando o acesso a especialistas em cuidados paliativos (CANO, 2006).

Revisão Integrativa realizada em 2020, com o objetivo de mapear as competências do enfermeiro oncologista em cuidados paliativos descritos na literatura, concluiu que ações de enfermagem oncologista em cuidados paliativos estão relacionadas a comunicação da tríade enfermagem, paciente e família, cuidados básicos e específicos, de maior complexidade, mas que buscam melhorar a qualidade de vida daqueles em palição (SOUSA; TOLEDO; BEZERRA, 2020).

2.2. Instrumentos de Medidas no Ambiente Clínico

Os instrumentos de medidas são utilizados para mensurar fenômenos latentes e abstratos. Estas variáveis latentes, poderiam facilmente ser obtidas através de uma única pergunta direta e coletada de forma empírica, porém, deste modo, é pouco provável que a resposta obtida represente o âmbito amplo de uma construção teórica complexa, além de sua imprecisão e baixa confiabilidade. Devido a isso, os instrumentos de medida são comumente formados por uma variedade de itens que abordam aspectos diferente do mesmo fenômeno. Logo, a seleção de múltiplos itens, permitem aos instrumentos fortalecer as limitações científicas de um único item, gerando um instrumento mais preciso, confiável e redução de erros aleatórios (CANO e HOBART, 2011).

Historicamente, os instrumentos de medida surgem no século XX, a partir do conceito de “resultado final” descrito pelo cirurgião ortopédico Ernest Amory Codman, que buscava o acompanhamento longitudinal dos pacientes, visando identificar medidas preventivas para os resultados que fossem indesejáveis. Porém, somente após a Segunda Guerra Mundial que os pesquisadores clínicos desenvolveram instrumentos para medir os resultados de procedimentos. Em 1949, o médico oncologista, Karnofsky, desenvolveu a primeira medida de “desempenho” (KPS - *Karnofsky Performance Scale*), uma escala de 10 pontos que é avaliada pelo observador e mensura a dependência física definidos pela carga de enfermagem. A escala de Karnofsky foi ampliada após 20 anos, com a criação da Escala de Atividades da Vida Diária de Katz, que buscou ampliar o foco para aspectos da qualidade de vida (CANO e HOBART, 2011).

Na década de 1970 é realizado um movimento de transição dos pesquisadores, onde estes deixam de avaliar os resultados clínicos tradicionais (mortalidade e morbidade) e passam a medir a funcionalidade, ou seja, a capacidade dos pacientes para realizar atividades da vida diária. Tal comportamento se apresenta por dois importantes fatores, que são eles: a atualização da definição de saúde, com uma perspectiva mais ampla, trazendo o conceito de saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença” (WHO, 1948) e além disso, o envelhecimento da população, os avanços da tecnologia da saúde e a realização de campanhas públicas voltadas para maior atenção as condições crônicas e não apenas para cura de doenças agudas, fortaleceram as iniciativas para a mensuração das condições mais complexas e subjetivas dos resultados voltados ao impacto da doença e/ou do tratamento na saúde da população (CANO e HOBART, 2011).

Na década de 1980 surge um movimento crescente da utilização de instrumentos de medida em relatórios de pacientes, mais atualmente, conhecidos como *Patient Reported Outcome* - PRO (CANO e HOBART, 2011). Um PRO é definido como relatório do estado de saúde de um paciente, relatado pelo próprio indivíduo, sem que haja interpretação da resposta por um profissional de saúde, cuidador ou familiar, fortalecendo assim, o cuidado centrado no paciente (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2006).

Os resultados de saúde podem ser classificados como clínicos, que visam mensurar por exemplo, cura e sobrevivência; humanísticos, relacionados ao desempenho de papel e estado emocional e econômicos (DESHPANDE et al, 2011 apud KOZMA, 1993). Já no cenário clínico, os resultados podem ser relatados por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde (como por exemplo desempenho do paciente), relatados pelos cuidadores (ex. estado funcional), fisiológico (a partir de exames, como por exemplo tamanho do tumor) e relatados pelo paciente (ex. sintomas) (DESHPANDE et al, 2011).

Os resultados obtidos a partir da utilização de instrumentos de medida, onde a mensuração é feita através da observação de profissionais de saúde ou do cuidador, são chamados de resultados relatados pelo observador (*Observer-Reported Results* – OROs). Para os pacientes que possuem limitações que os impede de responder por si próprios (por exemplo, pacientes infantis), orienta-se que os relatos de observadores incluam apenas os eventos ou comportamentos que podem ser observados, ou seja, o observador não pode reportar afirmando a intensidade da dor, por exemplo, mas pode reportar o comportamento que se pensa ser causado pela dor (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2006).

Apesar dos avanços tecnológicos, determinados dados referentes ao tratamento ou sobre a doença só podem ser obtidos apenas do paciente, como: sintomas psicológicos (ex. depressão e ansiedade), frequência de sintomas (ex. a dor ocorre diariamente ou

semanalmente), gravidade dos sintomas e impacto da doença na vida diária do paciente. Logo, recomenda-se a utilização de instrumentos de medida a partir de PRO e não de ORO (DESHPANDE et al, 2011).

As Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente (*Patient-Reported Outcome Measure* - PROMs), são questionários/instrumentos sistematizados e coordenados que são preenchidos a partir das PROs. O objetivo desses instrumentos é avaliar a percepção dos pacientes frente a uma variedade de indicadores de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Os PROMs tem sido utilizado de forma rotineira no tratamento de câncer e podem oferecer informações importantes aos profissionais de saúde (BRUNELLI et al, 2022). Com maior envolvimento dos profissionais de saúde a partir da utilização das PROMs, tem sido percebido como uma forma de melhorar a identificação das necessidades e prioridades do paciente, gerando aos profissionais de saúde oportunidades para atender a essas necessidades durante a jornada do tratamento do câncer (EASPAIG et al, 2020).

A coleta das informações pode ser através de plataformas eletrônicas e/ou impressos (EASPAIG et al, 2020). Além disso, os instrumentos de medida podem ser classificados como genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados para medir uma variedade de condições de saúde e incluem aspectos de avaliação de forma mais ampla, podendo ser utilizadas em qualquer população, permitindo comparações entre populações heterogêneas e multimórbidas. Porém, estas podem apresentar resultados menos precisos ou pequenas diferenças que podem surgir entre ou dentro de populações específicas e essas diferenças não serem detectadas (WILLIK et al, 2020).

Já os instrumentos de medida específicos são adaptados para uma determinada patologia, condição ou tratamento, sendo estes direcionados a um determinado grupo de pacientes. Por serem adaptados para condições específicas, estes instrumentos são comumente capazes de identificar diferenças ou alterações sutis e específicas nos resultados. Devido a sua especificidade, os instrumentos específicos não são ideias para comparação entre populações, mas sim comparações dentro delas. Com tudo, na prática assistencial, os instrumentos específicos são frequentemente utilizados juntamente com instrumentos genéricos, de modo a complementar informações e resultado. (WILLIK et al, 2020).

Dos instrumentos de medidas utilizados na saúde, os principais tipos são: LIKERT – a avaliação é a partir do grau de concordância, que vai desde o discordo totalmente (nível 1) até o concordo totalmente (nível 5, 7 ou 11) e a mensuração é realizada pelo somatório dos níveis; THURSTONE – o avaliado deve sinalizar se está de acordo ou desacordo com o item apresentado, e a pontuação é através dos itens em que houve acordo; CUMULATIVA – é composta por um conjunto de itens listados de forma hierárquica, onde é solicitado que o correspondente sinalize se concorda ou não e o resultado parte do número de respostas positivas, de acordo com os padrões de resposta preestabelecidos (CUNHA e LOURA, 2007).

Dentro do ambiente clínico os instrumentos também apresentam suas contribuições, como: auxiliam na avaliação e estratificação de risco, colaboram na priorização das intervenções, monitoram a evolução do paciente e outras aplicabilidades que favorecem a qualidade do cuidado, gerando maior segurança para o paciente e nas instituições (ACELAS; MONTAÑEZ, 2018).

A utilização desses instrumentos tem evidenciado melhor controle de sintomas, bem-estar do paciente, maior envolvimento do paciente ao seu cuidado e a maior sobrevivência (BRUNELLI et al, 2022). Como exemplo, alguns instrumentos permitem o acionamento automático de informações personalizadas dos pacientes sobre seus sintomas e efeitos colaterais (EASPAIG et al, 2020).

2.3. Processo de Trabalho de Enfermagem: Avaliação do Enfermeiro

Considerando o conceito de Processo de Trabalho apresentado por Marx (teoria marxista), que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do homem, no qual ambos sofrem alterações, surge o entendimento do Processo de Trabalho na Enfermagem. Segundo esse referencial, o trabalho é algo que o homem faz de maneira intencional e consciente, objetivando produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (SANNA, 2007).

O processo de trabalho é formado por alguns componentes: objetos, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. **Objeto** é tudo aquilo em que se trabalha, ou seja, o que provem diretamente da natureza e tem potencialidade a ser transformado pela ação do ser humano. **Agentes** são os seres humanos capazes de transformar a natureza, aqueles que lançam mão do objeto de trabalho e fazem nele intervenções, podendo alterá-los, produzir um artefato ou um serviço. Buscando alterar a natureza, o ser humano pode utilizar **instrumentos**, que não somente artefatos físicos, mas um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. **Finalidade** do trabalho é a razão que o fez acontecer e que dá significado à sua existência. Os **métodos de trabalho** são ações organizadas que visam atender à finalidade, realizadas pelos agentes sobre os objetos de trabalho. Já os **produtos** de um trabalho, podem ser artefatos, elementos materiais que se pode ser apreciado com os órgãos dos sentidos, ou serviços, que não tem a concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam (COREN-SP, 2021).

O processo de trabalho em saúde, assim como na Enfermagem, é constituído por todos os componentes descritos e por vários processos de trabalho, que pode ou não ser executado concomitantemente. São eles: Processo de trabalho assistir; Processo de trabalho administrar; Processo de trabalho ensinar; Processo de trabalho Pesquisar e Processo de trabalho Participar Politicamente (COREN-SP, 2021).

O processo de trabalho assistir, podendo ser chamado de processo de trabalho cuidar, para Enfermagem, tem como objeto o cuidado que surge a partir da necessidade do indivíduo, família, grupos sociais e comunidade, podendo o objeto ser considerado o corpo biológico, psicológico, social e espiritual do indivíduo em toda sua vida. Os agentes que são legalmente autorizados a exercerem esse cuidado, são enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Demais pessoas que cuidam de seres humanos com a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde, não estão realizando o processo de trabalho assistir em Enfermagem, pois é necessário dominar instrumentos e métodos, que apenas os profissionais habilitados (dentro da complexidade de cada categoria profissional) são capazes de exercer.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o método do processo de trabalho assistir em enfermagem, tendo como o produto de sua aplicação e utilização, pessoas saudáveis e/ou morte com dignidade (SANNA, 2007).

Figura 2– Os processos de trabalho na enfermagem

PROCESSO	COMPONENTES					
	Objeto	Agente	Instrumentos	Finalidade	Método	Produto
Assistir	cuidado de indivíduos, família e comunidades	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem	conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, etc.	promover, manter e recuperar a saúde	sistematização da assistência e procedimentos de enfermagem	pessoa saudável ou morte com dignidade
Administrar	agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem	enfermeiro	bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	coordenar o processo de trabalho assistir em enfermagem	planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria	condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.
Ensinar	indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem	aluno e professor de enfermagem	teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc
Pesquisar	saber em enfermagem	enfermeiro	pensamento crítico e filosofia da ciência	descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem	métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa	novos conhecimentos e novas dúvidas
Participar Politicamente	força de trabalho em enfermagem e sua representatividade	profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam	conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e outros	conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	negociação e conflito	poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho

Fonte: Sanna, São Paulo (SP), 2007

Os conceitos dos processos de trabalho em saúde e na enfermagem, viabilizam a compreensão da relevância da utilização do Processo de Enfermagem como ferramenta metodológica para a atuação do enfermeiro (COREN-SP, 2021).

Das cinco atividades no processo de trabalho do enfermeiro (dimensão assistencial, a gerencial, a educativa, de pesquisa e participar politicamente), na dimensão assistir, cabe ao enfermeiro atuação centrada na coordenação do processo de cuidar, utilizar instrumentos metodológicos, aplicar o processo de enfermagem, mediar as relações profissionais e representar a equipe em cenários de gestão, correlacionando com o processo de trabalho de administrar (COREN-SP, 2021).

Visto isso, o Processo de Enfermagem (PE) é definido pelo COFEN (2024) como um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro direcionando a equipe de enfermagem para o cuidado à pessoa. O PE deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos (COFEN, 736/2024).

O Processo de Enfermagem, que em sua fundamentação, visa a solução de problemas de forma proativa, se destaca pela estrutura de investigação contínua dos fatores de risco e de bem-estar, até mesmo quando não há um problema evidente. Para isso, deve existir de forma clara a intenção em identificar o objeto de trabalho, para que a transformação do indivíduo, família e comunidade possam acontecer e para que se tenha um produto. Para tal, cabe ao enfermeiro o desenvolvimento do trabalho pautado por modelos de cuidados, que o levarão a utilizar o pensamento crítico, formando a base para a tomada de decisão (COREN-SP, 2021).

O uso correto do Processo de Enfermagem atribui cientificidade à profissão, favorecendo a visibilidade às atividades de enfermagem e evidencia sua relevância na sociedade (COREN-SP, 2021).

Apesar das respostas do homem frente a problemas de saúde e processos da vida serem evidenciadas rotineiramente pelos demais profissionais de saúde, a responsabilidade legal pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas dos indivíduos é da Enfermagem. Com isso, o rigor da elaboração diagnóstica exige uma atenção constante pelo enfermeiro, porquanto o diagnóstico é construído a partir de avaliações clínicas probabilísticas, que possuem o risco de imprecisão. A complexidade e individualidade das respostas humanas, podem gerar conclusões equivocadas e diagnósticos não fidedignos (COREN-SP, 2021).

O Processo de Enfermagem é dividido didaticamente em cinco etapas que são aplicadas de forma sistemática, inter-relacionadas e recorrentes em todos os ambientes onde há o profissional de enfermagem. As etapas são: Coleta de dados de Enfermagem,

Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 358/2009).

A finalidade da primeira etapa (Coleta de Dados de Enfermagem) visa a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. Após o agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, análise e avaliação destes, é elaborado os diagnósticos de enfermagem, que permitem ao profissional traçar e determinar planos de cuidados e de assistência, para alcançar os resultados esperados com mais exatidão, as respostas humanas.

Elaborada as intervenções de enfermagem e determinado os resultados que se espera alcançar a partir dos diagnósticos identificados (Planejamento de Enfermagem), chega-se a quarta etapa do processo de enfermagem (Implementação), onde se realizam as ações determinadas no planejamento. A avaliação de enfermagem, processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas humanas, busca determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado ou se há necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 358/2009).

Na primeira etapa do Processo de Enfermagem (Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem), que é uma etapa sistemática e contínua que tem por finalidade a obtenção de informações sobre o indivíduo e mapeamento de suas respostas humanas em um dado momento do processo saúde e doença, são utilizados métodos e técnicas variadas para nortear a coleta desses dados e corroborar nas condutas que serão traçadas pelos enfermeiros (COREN-SP, 2021).

Para Gordon (1994, apud COREN-SP, 2021) existe quatro tipos de coleta de dados:

- Avaliação inicial: avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico. A questão norteadora para direcionar a avaliação é: Existe um problema?

- Avaliação focalizada: verificar a presença ou ausência de um diagnóstico em particular. As questões norteadoras são: O problema está presente hoje? Se está, qual é o status do problema?

- Avaliação de emergência: utilizada em situações em que há ameaça à vida. Neste caso, a questão norteadora é: Qual é a natureza da disfunção/do problema?

- Avaliação de acompanhamento: é realizada em determinado período após uma avaliação prévia. A questão norteadora é: Alguma mudança ocorreu ao longo do tempo? Se ocorreu, qual foi sua direção (melhora ou piora)?


A coleta de dados é uma etapa fundamental do Processo de Enfermagem. A validade, a confiabilidade e a relevância dos dados poderão ser determinantes para a precisão dos diagnósticos de enfermagem e determinar o sucesso das etapas subsequentes.

Para a coleta de dados é fundamental que o enfermeiro utilize um instrumento que corrobore na condução do raciocínio clínico e independente do tipo de avaliação (inicial, focalizada, de emergência ou de acompanhamento), o enfermeiro precisa ter de forma esclarecida o(s) modelo(s) teórico(s) que guiará(ão) seus julgamentos (COREN-SP, 2021). A Resolução do COFEN nº 736/2024, preconiza que o Processo de Enfermagem deverá ser construído a partir de um referencial teórico, que norteie todas as etapas do processo. Assim, os instrumentos de coleta de dados elaborados e utilizados, deverão apresentar itens que sigam os pressupostos da teoria escolhida (COFEN, 736/2024).

A partir da definição da (s) teoria (s), os referenciais que sustentam o instrumento devem permitir a identificação de diagnósticos de enfermagem que permitam ao enfermeiro tratar por meio das suas intervenções, planejando obter resultados. Para alcançar as metas terapêuticas, o enfermeiro necessita de conhecimentos científicos, de habilidade técnica, de habilidade interpessoal, e de raciocínio clínico e pensamento crítico (COREN-SP, 2021).

Durante a coleta o enfermeiro deve investigar dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos consistem a partir da investigados pelo enfermeiro por meio de seus órgãos dos sentidos com ou sem auxílio de instrumentais específicos, como as tecnologias duras (esfigmomanômetro, balança, estetoscópio, termômetro, e outros equipamentos). Já os dados subjetivos, são coletados por meio de questionamentos ou de instrumentos validados cientificamente e que necessitam da confirmação do indivíduo. Devido a isso, a coleta de dados deve ser realizada preferencialmente em ambiente calmo, iluminado e sem interrupções e baseada nos princípios éticos que norteiam a profissão (COREN-SP, 2021).

Os dados são probabilísticos, ou seja, eles não são indícios exatos do estado de saúde ou do problema apresentado pelo indivíduo. Nesse contexto, a qualidade da informação é importante para a elaboração do diagnóstico. Com isso, devem os enfermeiros atentar-se com a coleta dos dados, que podem ser: **Validos** (aqueles que representam as propriedades da resposta humana que está sendo avaliada; como exemplo, o relato verbal de dor – diagnóstico de Dor Aguda); **Confiáveis** (obtidos por meio de instrumentos acurados e que são representativos da resposta humana) e **Relevantes** (são os dados validos, porem direcionados na coleta de dados; por exemplo, a avaliação do regime de tratamento com quimioterápicos antineoplásicos pode ser um dado valido para o diagnóstico de Risco de Sangramento).



Os enfermeiros especialistas em oncologia fornecem cuidados centrados na pessoa e na família, proporcionam uma comunicação especializada entre enfermeiro e paciente, realizam um planejamento avançado do cuidado, e prestam assistência visando a redução da angústia e do sofrimento do diagnóstico até a morte. Para fornecer cuidados abrangentes de qualidade contra o câncer, o enfermeiro oncologista deve integrar os princípios de cuidados paliativos primários aos cuidados oncológicos nos domínios físico, psicológico, espiritual e emocional.

(DAHLIN, 2015)

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa.

O estudo exploratório concede ao pesquisador a ampliação de seus conhecimentos relativos a um determinado problema, visando aprofundar seu estudo de acordo com a hipótese definida, para que a partir disso possa elaborar uma pesquisa descritiva. Esta tem como foco principal conhecer e detalhar a comunidade, exigindo do pesquisador diversas informações relativas ao que se deseja estudar, esse tipo de estudo pretende descrever com precisão os fatos e fenômenos da realidade que se estuda (TRIVIÑOS, 2009).

A abordagem qualitativa procura, nas ciências sociais, responder questões particulares que não podem ser quantificadas, trabalhando com isso, com significados e atitudes. Essa abordagem de pesquisa proporciona o estudo de fenômenos e processos de forma mais profunda, investe-se em ações e relações humanas, que não podem ser traduzidos ou captáveis em equações (MINAYO, 2010).

3.1 – Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, sendo aprovado no CEP, sob número de parecer 5.896.481 e CAAE 66584923.6.0000.5285, permitindo dar início a execução das atividades desta pesquisa (Anexo A).

Todo o processo de obtenção dos dados respeitou as normas de pesquisas virtuais descritas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde determina diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS) e a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa que envolva seres humanos. A pesquisa se iniciou a partir da aprovação desta pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - CEP UNIRIO

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A, foi apresentado aos participantes da pesquisa, para que a partir da leitura e aceite deste pelos participantes, fosse iniciada a coleta dos dados.

3.2 – Cenário do Estudo

O cenário do estudo ocorreu em ambiente virtual. O ambiente virtual consiste na utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponíveis por programas *etc.*), telefone (ligações de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamada *etc.*) e demais programas e aplicativos, para a obtenção de imagens e mensagens de texto que aparecem em uma tela, que são vivenciadas como reais graças à tecnologia avançada (BRASIL, 2021c).

No atual estudo, o ambiente virtual foi utilizado através da aplicação de questionário on-line do Google *Forms*. Tal plataforma foi selecionada devido a facilidade de acesso dos participantes, tendo um layout simplificado, não sendo necessário a instalação de aplicativos ou cadastros para o preenchimento do formulário.

3.3 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão para a pesquisa, foi determinado que os participantes fossem enfermeiros, com a titulação de especialistas em oncologia e/ou mais de dois anos de experiência prática em cuidados oncológicos e que prestassem assistência ao paciente oncológico em cuidados paliativos em ambiente clínico (unidades de internação hospitalar).

Foram excluídos profissionais que atuassem em unidades ambulatoriais (Hospital-Dia, Centro de Infusão e Ambulatórios)

3.4 – Técnica de Coleta de Dados

A coleta de dados compreendeu-se na utilização da Técnica de Amostragem Não Probabilística de Conveniência Associada à Amostragem em Rede ou Bola-de-Neve (*Snowball*).

O método Bola de Neve consiste na técnica de coleta de dados onde a formação da amostra, se dá ao longo do processo de coleta e não é determinada previamente. As características que os membros da amostra deverão ter (critérios de inclusão), serão especificadas pelo pesquisador, que depois identifica, as chamadas de *sementes* da amostra, ou seja, uma pessoa ou um grupo de pessoas congruentes a população-alvo do estudo. Na sequência, o pesquisador apresenta a proposta do estudo ao(s) participante(s) *semente* e, após obter/registrar tais dados, solicita que o(s) participante(s) da pesquisa indique(m) outra(s) pessoa(s) pertencente(s) à mesma população-alvo, iniciando assim, a Bola de Neve (VINUTO, 2014). O processo de Bola de Neve se dará até o prazo máximo de coleta de dados estipulado pelo pesquisador, se a quantidade máxima de entrevistados for atingida, ou caso ocorra a saturação teórica, isto é, quando não surgiram novas informações nos dados coletados (GLASER; STRAUSS, 2006).

A definição do uso da técnica *Snowball* se deu ao fato de que este estudo não tem a intenção de retratar a realidade de uma única instituição hospitalar em particular e/ou um determinado estado brasileiro, e sim, uma dimensão da assistência dos enfermeiros oncologistas que atuam com clientes adultos em cuidados paliativos em diferentes instituições de saúde, bem como de diferentes Estados e Regiões.

3.5 – Coleta de Dados e Participantes

No período julho a agosto de 2023 (tempo máximo estipulado pelo pesquisador para que fosse respeitado o cronograma da pesquisa), ocorreu a produção dos dados.

Os participantes *sementes* e/ou informantes chaves selecionados para a pesquisa, foram enfermeiros oncologistas que atuam ou já atuaram com pacientes oncológicos paliativos e/ou enfermeiros generalistas que atuassem em ambiente hospitalar que oferecesse serviço oncológico paliativo.

A seleção dos informantes chaves se deu a partir, do círculo profissional do pesquisador. Estes foram contactados pelo pesquisador por aplicativo de mensagem (whatsapp), totalizando 14 informantes chaves, sendo 10 *sementes* participantes (enfermeiros que contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa) e quatro *sementes* não participantes (enfermeiros generalistas ou com demais especialidades que não respeitassem os critérios de inclusão).

Após a identificação e seleção das *sementes* (informantes chaves), estes realizaram indicações de outros profissionais que respeitassem o critério de inclusão da pesquisa (não sendo estipulado número máximo ou mínimo de indicações por *sementes*), gerando assim, os participantes *filhos*.

Os participantes *filhos*, assim como os participantes *sementes*, foram contactados por aplicativo de mensagem (whatsapp). para o envio do convite e link de acesso ao formulário do Google *Forms*.

Desta forma, ao final do período de dois meses, 31 participantes foram alcançados (FIGURA 3), e preencheram o formulário de pesquisa do Google *Forms*, sendo este, o número de participantes da pesquisa, não havendo necessidade de exclusão por comprometimento dos critérios de inclusão.

Figura 3– Fluxograma de Seleção dos Participantes da Pesquisa



Fluxograma elaborado pelo autor para seleção dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2023

No Formulário do Google *Forms*, constam 3 sessões. Na sessão 1 do Formulário, foi apresentado ao participante o TCLE, que após leitura deste, caso o candidato aceitasse a participar da pesquisa, lhe foi disponibilizado o preenchimento do questionário de caracterização do participante (Sessão 2). Perante a recusa à participação, o formulário era encerrado.

Após o preenchimento do questionário de caracterização apresentado na sessão 2, o candidato foi apresentado a sessão 3, onde foram disponibilizadas perguntas abertas e fechadas, referentes a utilização de instrumentos de medida nos cuidados oncológicos paliativos (Figura 4). Após a conclusão da terceira sessão, o preenchimento do formulário era finalizado.

Figura 4 – Questões do Formulário para Coleta de Dados

SESSÃO 1 - APRESENTAÇÃO DO TCLE <ul style="list-style-type: none"> • SIM - Seguir • NÃO - Formulário Encerrado 	
SESSÃO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTE <ul style="list-style-type: none"> • idade • identidade de gênero • estado brasileiro de atuação profissional • instituição de formação • grau de escolaridade • tempo de formação • tempo de atuação em oncologia • tempo de atuação em cuidados paliativos • perfil da instituição onde trabalha • função que exerce na instituição que atua. 	
SESSÃO 3 - INSTRUMENTOS DE MEDIDAS <ul style="list-style-type: none"> • Atualmente você utiliza na sua prática assistencial, algum instrumento de avaliação direcionado para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos? • Quais instrumentos de avaliação você utiliza ou já utilizou na assistência à pacientes em cuidados oncológicos paliativos? • Baseado na sua experiência, quais seriam os possíveis benefícios e/ou limitações que o enfermeiro enfrenta para a utilização do instrumento de avaliação em cuidados paliativos oncológico? • Visando os benefícios assistenciais, qual seria a rotina ideal para a utilização/aplicação desses instrumentos? • Qual nota, de 0 a 10, você daria para a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação na assistência de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos? Sendo 0 para "indiferente" e 10 para "extremamente importante" • Qual nota, de 0 a 10, você daria para a contribuição dos resultados medidos pelos instrumentos de avaliação na prática assistencial de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos? Sendo 0 para "indiferente" e 10 para "extremamente importante" 	

Fonte: Elaborado pelo autor para coleta de dados. Rio de Janeiro, 2023

Para esta etapa do estudo foi necessário a reserva de aproximadamente trinta minutos a uma hora diárias (de segunda a sexta-feira), para contactar os participantes *sementes* do estudo, envio do convite, orientações sobre a pesquisa, esclarecimento sobre os critérios de inclusão e demais dúvidas que surgissem, além de realizar orientações e esclarecimentos de dúvidas de participantes *filhos* indicados pelos participantes *sementes*. Tempo este destinado também para o acompanhamento da adesão ao preenchimento do formulário, que quando baixa, houve a necessidade de ampliar o número de participantes *sementes*. Tais ações ocorreram até a finalização do período de coleta de dados.

3.6 – Limitações do Estudo

Inicialmente, a coleta de dados da pesquisa seria realizada em duas etapas. A primeira etapa da coleta de dados se daria pelo preenchimento do questionário de caracterização, enviado ao participante via e-mail e/ou whatsapp, através do link do Google *Forms*, após o aceite do TCLE. No segundo momento, após preenchimento do formulário e agendamento prévio, seria realizada entrevista com o método virtual. Para que dentro do período de coleta

de dados fosse possível alcançar um maior número de participantes em estados diversos, optou-se por essa estratégia.

Devido à dificuldade de acesso ao público e disponibilidade dos participantes para o agendamento das entrevistas, foi necessário realizar ajustes na coleta de dados. As perguntas que seriam realizadas durante a entrevista, foram adaptadas e inseridas no Documento do Google *Forms*, de forma a não comprometer o conteúdo a ser coletado.

Apesar da utilização de um formulário de pesquisa online para a coleta de dados, que visava facilitar o compartilhamento e o acesso dos possíveis participantes à pesquisa, a disponibilidade e interesse dos convidados a preencherem o formulário tornou-se um dificultador para alcançar um número maior de respostas à pesquisa.

Além disso, por determinação do Comitê de Ética em Pesquisa, as perguntas do questionário não eram de cunho obrigatório, devido a isso, alguns participantes não responderam a todos os itens e perguntas descritas na pesquisa.


3.7 – Análise dos Dados

Para a realização da análise dos dados utilizou-se a análise temática. Segundo BARDIN (2011), análise de temática é a aplicação de diversas técnicas para analisar comunicações, sendo assim possível estudar as mensagens entre os homens. Este método privilegia as formas de linguagem escrita e oral, onde o autor utiliza suas inferências para codificar o conteúdo das mensagens.

Para esta autora, a análise é dividida em três etapas: pré-análise, descrição analítica e tratamento dos resultados. Na pré-análise foram selecionados, de forma rigorosa, o material a ser analisado. Por ter sido utilizado como instrumento de coleta de dados o formulário do Google *Forms*, obteve-se como material as respostas discursivas dos participantes. A partir disso ocorreu a formulação de uma hipótese e de questões que nortearam a interpretação final. Depois da leitura das respostas descritas e elaboradas as hipóteses, chegou-se ao segundo momento da análise, onde o material foi codificado, transformado sistematicamente e separados em unidades. Na última etapa do processo retomou-se a revisão de literatura para que sua análise tivesse sentido à interpretação e, ao final desse processo, utilizou-se ferramentas tecnológicas para tornar seus dados significativos.

A partir das respostas discursivas do formulário e leitura rigorosa das mesmas, as frases foram destacadas e transformadas em unidades de registro (UR) sob a forma de temas em consonância com os objetivos da pesquisa. Em sequência, as unidades de registro foram quantificadas e depois agrupadas pela temática do conteúdo, formando assim as unidades de significação (US). Cada unidade de significação representa um tema, a partir disso e da

quantificação das unidades de registro de cada tema, foram criadas as subcategorias e as categorias (OLIVEIRA, 2008).



Os enfermeiros são os principais profissionais na prestação de cuidados, e são capazes de agir com base nas informações provenientes dos Instrumentos de Medida Relatados pelos Pacientes, e com estes, realizam avaliações das necessidades do paciente na prática clínica. Avaliações de necessidades lideradas por enfermeiros juntamente com os instrumentos de medida, possivelmente geram redução considerável na frequência de necessidades não atendidas.

(KOTRONOULAS et al., 2017)



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Participaram desse estudo, com o preenchimento do formulário de pesquisa, 31 enfermeiros. Estes foram identificados pelos números em sequência: E1, E2, E3, E4, E5 ... assim sucessivamente até E31.

Dos participantes, o sexo feminino representa 80,6% da população do estudo e o sexo masculino 19,4%, onde nenhum dos participantes se identificara com gênero neutro. A faixa etária predominante foi de 21 participantes com idade entre 31 e 40 anos (67,7%).

Pode-se observar que a população de enfermeiros do estudo é uma população jovem, com mais de 80% destes com idade de 40 anos ou menos (83,9%) e majoritariamente feminina. Estes dados, vem de encontro com a pesquisa realizada em 2013, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sobre o perfil da enfermagem, onde observa-se que 86,2% eram do sexo feminino e 66,6% dos enfermeiros apresentavam idade igual ou inferior a 40 anos (MACHADO ET AL, 2017).

O estado do Rio de Janeiro, com equivalente a 77,4% dos casos, foi o local mais prevalente de atuação profissional dos participantes, com 24 enfermeiros. Seguido de Minas Gerais e São Paulo, cada um destes com percentual de 6,5% (2 participantes cada). Das respostas preenchidas, três foram excluídas devido a interpretação dos participantes frente a pergunta, que não preencheram o estado de atuação, mas sim sua profissão (9,7%).

Apesar das limitações da pesquisa já apresentadas e do local do estudo, tais dados da pesquisa condizem com a realidade nacional, onde 48,8% dos enfermeiros residem na Região Sudeste, sendo 10,8% residentes do Rio de Janeiro (44.977), 10,2% em Minas Gerais (42.498) e 25,4% no estado de São Paulo (105.438) (MACHADO ET AL, 2017).

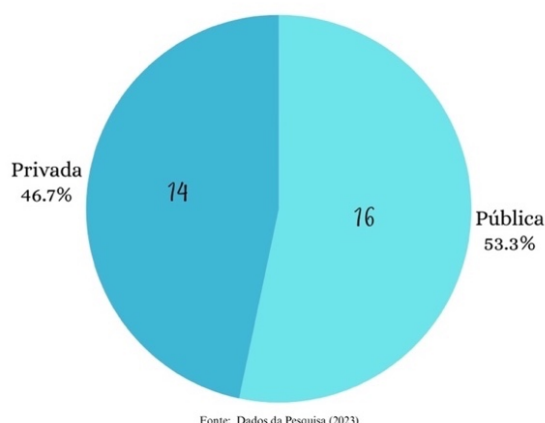
Tabela 1– Caracterização dos participantes (Idade, Identidade de Gênero e Estado Brasileiro de Atuação Profissional, Rio de Janeiro, 2023. N= 31

Idade	n	%
18 - 24 Anos	1	3,2
25 - 30 Anos	4	12,9
31 - 40 Anos	21	67,7
41 - 50 Anos	4	12,9
≥ 51 Anos	1	3,2
Identidade de Gênero	N	%
Feminino	25	80,6
Masculino	6	19,4
Neutro	0	0
Estados Brasileiro de Atuação Profissional	N	%
Rio de Janeiro	24	77,4
Minas Gerais	2	6,5
São Paulo	2	6,5
Outros (Excluído)	3	9,7

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

A natureza de instituição de formação do presente estudo, evidenciou que 53,3% dos participantes tiveram sua formação em instituições públicas e apenas 46,7% em instituições privadas (Gráfico 1). Dados estes que não vem de encontro com os resultados nacionais, em que 57,7% dos enfermeiros formaram-se em instituições privadas de ensino superior (MACHADO ET AL, 2016). Tal divergência pode estar relacionada ao “n” da pesquisa e pela técnica de coleta de dados, pois os participantes sementes foram selecionados pelo círculo profissional da pesquisadora, que teve sua formação (graduação, residência e mestrado) em instituições públicas.

Gráfico 1– Caracterização dos participantes (Instituição de Formação), Rio de Janeiro, 2023. N= 31

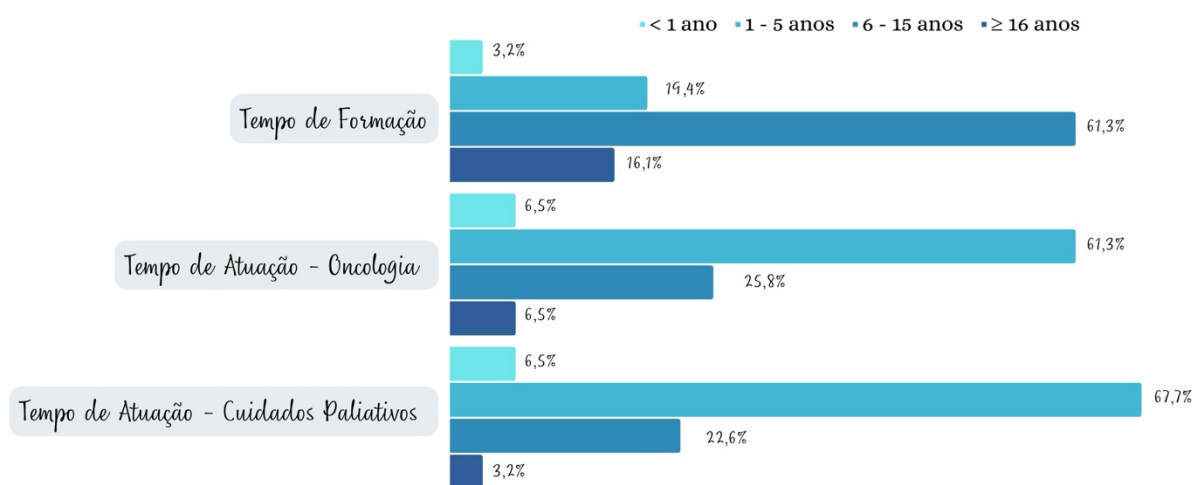


Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Quanto ao tempo de formação, 80% dos participantes relatam tempo de formação de 1 a 15 anos (61,3% dos participantes possuíam de 6 a 15 anos de formação, seguido de 19,4% de 1 a 5 anos), discussão essa, já trazida por Machado et al (2016), onde se pode inferir que a enfermagem é uma profissão em processo de rejuvenescimento, visto um crescimento de mais de 500% de formandos de 2001 a 2010.

O tempo de atuação dos participantes na oncologia e nos cuidados paliativos, foram predominantemente no período de 1 a 5 anos (61,6% e 67,7%, respectivamente) – Gráfico 2. Sabendo que a formação do enfermeiro é generalista e a oncologia uma especialidade dentro da formação profissional, faz-se entender por que o tempo de formação é superior ao tempo de atuação em unidades especializadas. Segundo Benner (1984), existem níveis de aquisição de habilidades na prática de enfermagem, do novato ao expert. Para se alcançar níveis mais altos, é necessário que o enfermeiro tenha contato com uma boa variedade de situações clínicas (conhecimento clínico) e educação de boa qualidade.

Gráfico 2– Caracterização dos participantes (Tempo de Formação, Tempo de atuação na Oncologia e nos Cuidados Paliativos), Rio de Janeiro, 2023. N= 31

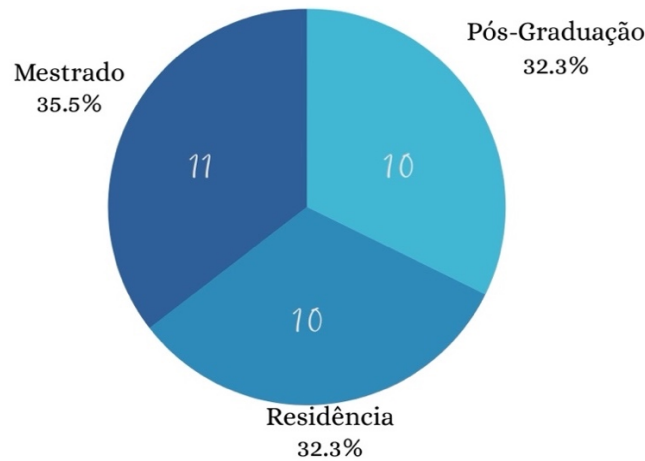


Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Os participantes da pesquisa, em sua totalidade, apresentam pós-graduação, seja ela Pós-Graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. A pós-graduação *lato sensu* (cursos de especialização e residência), corresponde a 64,5% do grau de escolaridade dos participantes. As *stricto sensu*, que compreendem programas de mestrado e doutorado, representam 35,5%, sendo o mestrado o único curso *stricto sensu* relatado pelos participantes (Gráfico 3).

Gráfico 3– Caracterização dos participantes (Grau de Escolaridade), Rio de Janeiro, 2023.

N= 31



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

No Brasil, 80,1% dos enfermeiros realizaram curso de pós-graduação ou estão realizando (MACHADO ET AL, 2017). Das modalidades de pós-graduação realizadas por enfermeiros no Brasil, a residência (7,5%), o mestrado (14,5%) e doutorado (4,7%) mesmo sendo hegemonicamente oferecidos pelas instituições públicas, ainda representam juntos uma porcentagem baixa, quando comparada com o número de enfermeiros que realizaram curso de especialização em instituições privadas (66,8%) (MACHADO ET AL, 2016).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes (Perfil da instituição onde os participantes trabalham e função que exercem), Rio de Janeiro, 2023. N= 31

A instituição onde trabalha atualmente é um:	n	%
Hospital Particular	17	54,8
Hospital Público	5	16,1
Hospital Filantrópico	3	9,7
Hospital Universitário	2	6,5
Outros	4	12,9
Função que exerce atualmente:	N	%
Enfermeiro Assistencial	19	61,3
Enfermeiro Líder Assistencial	4	12,9
Supervisão	1	3,2
Coordenação	1	3,2
Gerência	3	9,7
Outro	3	9,7

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Mais de 50% dos participantes da pesquisa atuam em hospitais particulares (54,8% - 17 participantes) e 16,1% (5 participantes) em hospitais públicos.

Nacionalmente, aproximadamente 30% dos enfermeiros atuam em instituições privadas e 65,3% em setor público (MACHADO ET AL, 2016), divergindo dos achados no estudo. Porém, os dados nacionais contemplam outras unidades, como Instituição de ensino/Pesquisa, Estratégia de Saúde da Família, Laboratório de Análises Clínicas e entre outros, que não somente ambiente clínico hospitalar, comprometendo assim as equivalências estatísticas.

Da atuação profissional, 61,3% dos participantes atuam como enfermeiros assistenciais e 29% em cargos de liderança. Os dados apresentados correspondem ao perfil nacional, em que 54,3% dos enfermeiros do Brasil não exercem função de gestão. Daqueles enfermeiros que exercem (35,3%), os cargos mais prevalentes são de Supervisão de Unidade/Enfermaria, Gerente/Chefia ou Direção Geral de Enfermagem e Gerente/Chefia ou Direção de Unidade de Saúde (MACHADO ET AL, 2017).

4.2 – Os Instrumentos de Medida

Dos instrumentos de medida, 54,8% dos participantes relatam terem utilizado na sua prática assistencial algum instrumento de avaliação direcionado para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos e 45,2% dos participantes não utilizam ou não utilizaram.

Para o uso dos instrumentos de medida na assistência de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos, em uma variação de zero a dez, sendo zero para "indiferente" e dez para "extremamente importante", 71% dos participantes avaliaram a aplicabilidade dos instrumentos como "extremamente importantes".

Em relação a contribuição dos resultados medidos pelos instrumentos na prática assistencial de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos, mais de 66% dos participantes avaliaram como nota dez, 6,7% como nota nove e 13,3% como nota oito, evidenciando assim, que 86% dos participantes da pesquisa acreditam que a aplicabilidade dos instrumentos de medida é importante para a prática do cuidado.

Tabela 3 – O uso, a aplicabilidade e a contribuição dos instrumentos na prática dos enfermeiros oncologistas.

Utilização de algum instrumento de avaliação direcionado para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos na prática assistencial	n	%
SIM	17	54,8%
NÃO	14	45,2%
Nota para a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação na assistência de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos	n	%
0	0	-
1	0	-
2	0	-
3	0	-
4	0	-
5	0	-
6	2	6,5%
7	2	6,5%
8	2	6,5%
9	3	9,7%
10	22	71,0%
Nota para a contribuição dos resultados medidos pelos instrumentos de avaliação na prática assistencial de enfermagem em cuidados oncológicos paliativos	n	%
0	0	-
1	0	-
2	0	-
3	0	-
4	0	-
5	1	3,3%
6	2	6,7%
7	1	3,3%
8	4	13,3%
9	2	6,7%
10	20	66,7%

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

4.3 – O conteúdo descritivo e as categorias emergidas

Consonante a uma leitura atenta das respostas abertas do questionário de coleta de dados, foram destacadas as ideias dos participantes e com isso surgiram as Unidades de Registro (UR). Com a formação das mesmas, percebeu-se o surgimento de UR em que haviam semelhanças temáticas. A aproximação desses temas gerou as subcategorias e/ou as categorias. A codificação dos conteúdos totalizou 85 UR que deram origem a 3 categorias. Estas foram descritas consonante à cronologia temática das UR que cada uma conteve.

Quadro 2 – Categorias identificadas

Categorias	Subcategorias
1. Os instrumentos de Medida	x
2. Potencialidades e Limitações do uso dos instrumentos	Subcategoria 1 – Potencialidades da utilização dos instrumentos
	Subcategoria 2 - Limitações para a utilização dos instrumentos
3. Rotina do uso dos instrumentos	x

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

4.3.1 Categoria 1 – Os instrumentos de Medida

A partir de 21 UR, que corresponde a aproximadamente 25% do total (24,7%), foi elaborada a categoria 1 que evidenciou a relação de instrumentos de medida que são ou já foram utilizadas na prática assistencial dos participantes, no contexto de cuidados paliativos oncológicos. Dos instrumentos relatados pelos participantes e suas experiências com estas, evidenciou-se semelhança de temas a partir da finalidade dos instrumentos.

Tabela 4 – Temas da Categoria 1

Temas (US)	UR	n	%
Escala de Avaliação de Sintomas	ESAS - Escala de Avaliação de Edmonton	10	20%
Escala de Avaliação de Performance	KPS - Karnofsky Performance Scale	9	18%
	PPS - Palliative Performance Scale	5	10%
	PS - ECOG - Performance Scale	4	8%

Continuação

Temas (US)	UR	n	%
Escala de Avaliação Generalista	EVA - Escala Visual Analógica	3	6
	Fugulin	2	4
	Braden	2	4
	Bristol	2	4
	Morse	1	2
	HADS	1	2
	John Hopkins	1	2
Escala de Avaliação Prognóstica	PPI - Palliative Prognostic Index	2	4
	NECPAL - Necessidades Paliativas	1	2
	PaP Score - Palliative Prognostic Score	1	2
	EPGm - Escore Prognóstico de Glasgow modificado	1	2
Escala de Avaliação de Qualidade de Vida	POS - Palliative care Outcome Scale	1	2
Não Utiliza Escalas		4	8

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

As escalas de avaliação de performance (36,7%), e as escalas de avaliação de sintomas (20,4%), compuseram os instrumentos mais citados e utilizados pelos participantes da pesquisa. Escalas de uso generalista, ou seja, não específicas para alguma patologia, também foram relatadas pelos participantes, equivalendo em seu total 13% dos instrumentos.

A literatura aponta que na prática clínica, existem alguns instrumentos que já são comumente utilizados na avaliação de pacientes em cuidados paliativos oncológicos (BRASIL, 2022b).

- **Karnofsky Performance Status (KPS)** – Instrumento criado em 1948 pelo médico oncologista Karnofsky (KARNOFSKY e BURCHENAL, 1949) que avalia a funcionalidade do paciente em forma de percentual, relacionada ao prognóstico em oncologia. O KPS é preenchido pelo profissional de saúde e possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%; uma pontuação mais baixa indica pior funcionalidade (100%: função completa – 0%: morte).

- **Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status (ECOG-PS)** – Este instrumento foi criado em 1982 pelo Dr Martin M. Oken em conjunto com a ECOG, e visa avaliar como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente. Após preenchimento pelo profissional é avaliada a pontuação, que varia de 5 a 0, onde cinco refere-se à morte, e a zero refere-se ao paciente totalmente ativo (OKEN et al, 1982).

- **Palliative Performance Scale (PPS)** – Instrumento criado em 1996 pelo pesquisador Fern Anderson e associados, através da modificação da Escala de Desempenho de Karnofsky, que tem sido utilizado para avaliar o desempenho funcional e estimativa prognóstica de sobrevida entre pacientes com doença oncológica em cuidados paliativos

(ANDERSON; et al, 1996). Mede cinco domínios funcionais: deambulação, nível de atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência. Os domínios são divididos em 11 níveis que variam de 0 a 100%, sendo 0% indicando morte e 100% indicando ausência de evidência de doença com atividade normal (Instrumento validado e adaptado para língua portuguesa [MATIAS, 2020]).

- **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** – Este instrumento foi desenvolvido em um programa de cuidados paliativos no Hospital Geral de *Edmonton* em 1991, e é utilizado até os dias atuais para avaliar a intensidade dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos. É uma escala numérica em que o paciente classifica o seu sintoma de zero a dez, em que zero significa ausência do sintoma e dez a pior intensidade possível. Os sintomas avaliados por essa escala são: dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar, dispneia e sonolência (Instrumento traduzido e validado para língua portuguesa [PAIVA et al., 2015]).

- **Palliative Prognostic Index (PPI)** – O Índice Prognóstico Paliativo foi desenvolvido e validado em 1999 em uma unidade de internação hospitalar no Japão (MORITA et al, 1999), com o objetivo de avaliação prognóstica para avaliar pacientes oncológicos com doença avançada. O score utiliza a soma do valor atribuído ao PPS acrescido de variáveis clínicas (ingestão oral, edema, dispneia em repouso e delirium) avaliadas pelo profissional. Tal somatório prediz se um paciente sobreviverá ou não a um tempo maior que três ou maior que seis semanas. Se o somatório for >6 prediz uma sobrevida menor que 3 semanas, se >4 , sobrevida menor que 6 semanas e se ≤ 4 , sobrevida maior que 6 semanas.

- **Ferramenta NECPAL CCOMS-ICO** – Instrumento desenvolvido em 2011 pelo *Catalan Institute of Oncology*, que visa identificar pacientes com doença avançada que necessitam de cuidados paliativos. Pacientes elegíveis para a aplicação do instrumento são aqueles com diagnósticos de doenças como câncer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença hepática crônica grave, doença renal crônica grave, entre outras. O instrumento consiste em quatro domínios, com perguntas que devem ser respondidas pelo profissional de saúde em “sim” ou “não”. Caso seja obtido de 1 a 13 respostas positivas, NECPAL positivo (indicação de cuidados paliativos), se nenhum parâmetro assinalado, é considerado NECPAL negativo. (Instrumento traduzido e validado para língua portuguesa [SANTANA et al., 2020]).

- **Palliative Prognostic Score (PAP-Score)** – Instrumento que foi elaborado em 1999 por Marco Pirovano e associados em um estudo na Itália, que permite classificar pacientes com câncer avançado considerando a probabilidade de sobrevida em 30 dias e identificar os fatores prognósticos clínicos e biológicos. Este instrumento considera os seguintes fatores: dispneia, anorexia, KPS, predição clínica de sobrevida (em semanas), contagem leucocitária total e porcentagem linfocitária. O somatório desses fatores relacionados gera uma pontuação

numérica que classifica os pacientes em três grupos de risco de acordo com uma probabilidade de sobrevivência de 30 dias: A – maior que 70%; B – de 70% a 30%; ou C – menor que 30% (Instrumento traduzido e validado para língua portuguesa [LISBÔA, 2008]).

- **Escore Prognóstico de Glasgow modificado (EPGm)** – Desenvolvida em 2008 pelo médico Donald C. McMillan, o EPGm é um instrumento que utiliza as concentrações séricas de proteína C reativa (PCR) e albumina. Pode ser utilizado para avaliação prognóstica e/ou para avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. Para avaliação prognóstica, a classificação pode variar entre Bom, Moderado e Ruim. Já para o estado nutricional, o score varia em Não caquético, Desnutrido, Caquético e Caquético refratário (MCMILLAN, 2008)

- **Palliative care Outcome Scale (POS)** – A Escala de Resultados de Cuidados Paliativos, desenvolvida em 1999 por um grupo de pesquisadores do King's College de Londres, que tinham como objetivo mensurar mais do que sintomas físicos ou qualidade de vida de pacientes com câncer avançado (HEARN; HIGGINSON, 1999). O instrumento consiste em 11 itens que avaliam aspectos físicos e psicológicos (questões espirituais, práticas e psicossociais também são levantadas no instrumento). Foram criadas duas versões, onde uma é preenchida pelo profissional de saúde (*proxy*) e outra pelo paciente (*self*), permitindo que o paciente contribua com a coleta dos dados. A pontuação tem uma variação de zero a 40 pontos, onde considera-se zero melhor qualidade de vida e 40 pior qualidade de vida (Instrumento traduzido e validado para língua portuguesa [CORREIA, 2012]).

- **Escalas de Dor:** Existem inúmeros instrumentos que podem ser aplicados para mensuração da dor, dentre eles as Escalas Verbais e Escalas Visuais (Escala Visual Analógica, Escala Visual Numérica e Escala de Faces).

A Escala Visual Analógica (EVA) da Dor, descrita pela primeira vez em 1921 por Hayes e Patterson, é uma medida de resultados unidimensional utilizada para mensuração da progressão dor na perspectiva do paciente. Podendo apresentar-se de forma horizontal ou vertical (mais comumente encontrada na horizontal), onde na extremidade à esquerda é sinalizado ausência de dor e na extremidade à direita dor máxima.

As Escala Visual Numérica da Dor, difere da EVA em sua graduação de mensuração, onde na escala numérica cada centímetro é numerado de 1 a 10, aumentando a intensidade da dor, também, da esquerda para direita. Já a Escala de Faces de Dor, consiste na apresentação de faces que representam níveis progressivos de sofrimento.

- **Bristol Stool Form Scale** – Escala de Bristol para consistência de fezes, é um instrumento desenvolvido em 1997 na Inglaterra (Bristol). Sua validação e tradução para língua portuguesa ocorreu em 2012, por Martinez e Azevedo. Trata-se de uma ilustração com

sete tipo de fezes, considerando-se a forma e a consistência (Bristol de 1 à 6). Devido a representação gráfica, o instrumento facilita o reconhecimento e identificação do tipo de fezes pelo próprio paciente, colaborando na análise clínica do profissional (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012).

- Na prática assistencial de enfermagem é comumente utilizado instrumentos que corroboram no gerenciamento, tomada de decisão e dimensionamento da equipe de enfermagem. Esses instrumentos são de extrema importância para o Sistema de Classificação de Paciente (SCP), que consiste na classificação do paciente, subdividindo em categorias que predizem o tempo/esforços da equipe de enfermagem (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998 apud GIOVANNETTI, 1979).

Em 1994, no Hospital Universitário da USP, foi implementado, o que hoje é conhecido como Escala de Fugulin, instrumento que agrupa os pacientes em cinco categorias pela complexidade da assistência (intensivo, semi-intensivo, alta dependência, intermediário e mínimo). Após tal implementação, foi evidenciado redução na média de permanência, melhora na qualidade assistencial e maior racionalização dos recursos humanos e de matérias (FUGULIN, 1994). As Escalas de Braden (Identificação do risco de o paciente desenvolver Lesão Por Pressão), Escalas de Morse e John Hopkins (Classificação do Risco para Queda), também são instrumentos genéricos comumente utilizados nas unidades clínicas para classificação de pacientes. (BARROS; GARBI; PINTO, 2023), norteando assim o cuidado de enfermagem.

- **Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS):** A escala HAD que tem sido utilizada tanto para definição diagnóstica, como para medição de gravidade de ansiedade e depressão, foi elaborada em 1983 pelos médicos psiquiatras Zigmond e Snaith e validada no Brasil em 1995 pela médica psiquiatra Botega. O instrumento de autopreenchimento é composto por 14 itens, que dentre eles são abordados 7 itens de depressão e 7 itens de ansiedade. A pontuação total, que tem uma variação de 0 a 21, que irá gerar a classificação final (BOTEGA, 1995).

A Organização Mundial da Saúde define como Qualidade de Vida (QV) a “percepções dos indivíduos sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2012, p.11). Além disso, é sugerido que a qualidade de vida englobe 6 domínios fundamentais, que são eles: Saúde Física, Saúde Psicológica, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente, Crenças e Valores Pessoais.

Compreendendo que um dos objetivos dos serviços de cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida, pesquisadores vem desenvolvendo Instrumentos de Medidas de Saúde que busquem medir resultados da qualidade de vida dos pacientes oncológicos e cuidados paliativos.

- **European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30):** Criado em 1986 a partir de uma iniciativa da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento (EORTC) e lançado oficialmente em 1993, o instrumento EORTC QLQ – C30 (já em sua terceira edição de 2001) foi originalmente desenvolvido na Bélgica e está disponível em diversas outras versões, como Estados Unidos, Alemanha, Espanha, China, Brasil e outros. O instrumento foi elaborado para medir as funções físicas, psicológicas e sociais dos pacientes com câncer e é composto por 30 itens divididos em nove escalas multi-itens: cinco escalas funcionais (desempenho físico e funcional, função cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômitos), uma escala que avalia a qualidade de vida em geral, cinco termos únicos (dispneia, distúrbio de sono, perda de apetite, constipação e diarreia) e um item isolado que avalia o impacto financeiro (CAMPOS, et al, 2018).

- **Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G):** A escala de Avaliação Funcional da Terapia do Câncer foi desenvolvida em 1993 pela Sociedade Americana de Oncologia Clínica, com o objetivo de criar uma medida breve, porém sensível, de qualidade de vida. O FACT-G é um questionário de 27 itens (versão 4) de autoadministração e entrevista quando necessário, que mensura quatro domínios da qualidade de vida em pacientes com câncer: bem-estar físico, social, emocional e funcional. Em cada item o paciente seleciona um número que mais corresponde com sua realidade nos últimos sete dias, onde 0 – de jeito nenhum; 1- um pouco; 2 – de alguma forma; 3 – bastante e 4 – muito (CELLA et al, 1993).

- **Quality of Life at the End of Life–Cancer Scale (QUAL-EC):** A oferta de qualidade no processo de morte é fundamental e faz parte dos cuidados paliativos. Devido a isso, a QUAL-EC criada pelo pesquisador Karen E Steinhauser em 2004, visa mensurar a qualidade de morte. Sua elaboração foi baseada a partir de entrevistas com pacientes sobre qualidade de vida, tornando o diferencial dos demais instrumentos sobre a temática. O instrumento é composto por 26 itens e quatro dimensões: Controle dos sintomas; Relacionamento com o prestador de cuidados de saúde, Preparação para o fim da vida, e Conclusão de vida (GRÜNKE; et al 2018).

Dado que os cuidados paliativos são um dos fatores que corroboram para a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes, se faz necessário a mensuração não somente da percepção de qualidade de vida do paciente, mas também a mensuração da qualidade do serviço de cuidados paliativos oferecido, se este é realizado de forma humanizada e culturalmente apropriado (YUN et al, 2018).

- **Quality Care Questionnaire-Palliative Care (QCQ-PC):** O QCQ_PC é um instrumento autorreferido, criado em 2018 por Yun e associados na Coreia, com o objetivo de elaborar um instrumento de medida relatado pelo paciente sobre a qualidade dos cuidados

paliativos recebido. O instrumento é composto por 32 itens, que consistem em quatro fatores voltados para a comunicação dos profissionais de saúde com o paciente, discutindo o valor da vida e os objetivos dos cuidados, apoio e aconselhamento para as necessidades de cuidados integrais, acessibilidade e continuidade dos cuidados, que são questões centrais nos cuidados paliativos (YUN et al, 2018).

Estudo italiano, aponta que os instrumentos de resultados relatados pelos pacientes que frequentemente são utilizados pelos profissionais de saúde na prática e na pesquisa clínica, são majoritariamente para o acompanhamento de sintomas físicos (Escala Multi e Unidimensional de dor, PRO-CTCAE [toxicidade de sintomas] e ESAS). Já os instrumentos que mensuram aspectos psicológicos, experiências dos pacientes e qualidade de vida, além de serem pouco conhecidos pelos profissionais, também são pouco utilizados na prática clínica (BRUNELLI et al, 2022).

Os enfermeiros são considerados os profissionais de saúde mais indicados a apresentarem e auxiliarem um paciente a preencher um PROM. Apesar disso, demonstram menos conhecimento a respeito dos instrumentos quando comparados com profissionais médicos. Para sua utilização, os enfermeiros demonstram-se mais otimista quanto ao uso, se comparados com médicos, psicólogos e farmacêuticos (BRUNELLI et al, 2022).

Apesar da atitude positiva em relação a aplicação e utilização dos PROM, os profissionais de saúde possuem dificuldade na administração do instrumento devido à falta de tempo durante as visitas, falta de recursos para que possam atender as questões trazidas pelos pacientes que surgem a partir do preenchimento do questionário, e outros pontos que fragilizam sua utilização (BRUNELLI et al, 2022), compreendendo assim, a formação da categoria 2 da presente pesquisa.

4.3.2 Categoria 2 – Potencialidades e Limitações do uso dos instrumentos

A aproximação de 41 UR (57,7%) gerou a elaboração da categoria 2, que traz a percepção dos enfermeiros sobre a utilização dos instrumentos para o cuidado de enfermagem. Esta categoria possui as seguintes subcategorias: “Potencialidades da utilização das escalas” e “Limitações para a utilização das escalas”.

4.3.2.1 Subcategoria 1 – Potencialidades da utilização das escalas

A subcategoria 1, que contém 19 UR (22,4%), apresenta a perspectiva dos enfermeiros participantes do estudo, sobre os benefícios que surgem a partir da utilização dos instrumentos de medidas. Após agrupamento das unidades de registro por semelhança temática, a subcategoria 1 teve a formação de oito temas sobre os benefícios (QUADRO 2).

Tabela 5– Temáticas da Subcategoria 1 (Categoria 2)

Temáticas (US)	n	%
Norteia o planejamento da Assistência de Enfermagem	8	26,7
Fortalece a individualização do cuidado	7	23,3
Melhora a avaliação e comunicação entre a Equipe Multidisciplinar	3	10
Contribui para o fortalecimento da Qualidade Científica à Prática Assistencial - Assistência Baseada em Evidência	3	10
Contribui para melhor manejo dos sintomas	3	10
Contribui para melhor avaliação prognóstica	3	10
Contribui para melhor oferta de Conforto	2	6,7
Fornece maior segurança ao profissional	1	3,3

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

A temática formada a partir de 8 UR, revela que os instrumentos de medidas norteiam o planejamento da assistência de enfermagem.

Benefícios: permite implementar e avaliar o plano de cuidados. E11

Benefícios: informações para planejamento da assistência. E06

Benefícios incluem uma melhor forma de planejar a assistência personalizada a esse paciente. E26

Destacou-se como tema a partir de 7 UR, o Fortalecimento da individualização do cuidado prestado aos pacientes.

Benefício: seria um olhar mais direcionado as necessidades individuais do paciente em situação de palição. E23

Intervenções direcionadas ao real problema do paciente. E02

A escalam nos ajudam a desenhar o perfil desse paciente mediante seu quadro/estágio de gravidade e descontrolo de sintomas. Nos trazendo um olhar mais focado pro que é mais essencial a esse paciente naquele momento. Ajudando a traçar uma linha de cuidado mais individualizada. E15

A contribuição para melhor avaliação e comunicação entre a equipe Multidisciplinar, mostrou-se presente na avaliação dos participantes quanto aos benefícios dos instrumentos (3 UR).

Melhor avaliação multidimensional do paciente. E02

Instrumento de comunicação entre a equipe multi, descrevendo o estado funcional atual do paciente. E27

Contribuir para o fortalecimento da Qualidade Científica à Prática Assistencial - Assistência Baseada em Evidência, surgiu como um dos benefícios da utilização dos instrumentos (3 UR).

O uso das escalas confere maior qualificação científica à prática da enfermagem. E08

Quanto aos benefícios, realizar o cuidado baseado em evidências científicas. E19

Contribuir para melhor manejo dos sintomas, para melhor avaliação prognóstica, fornecer maior segurança ao profissional e proporcionar conforto ao paciente contemplam os oito temas listados como benefícios da aplicação das escalas.

4.3.2.2 Subcategoria 2 – Limitações para o uso das escalas

A subcategoria é constituída por 22 UR (25,9%) e refere-se a visão dos participantes, sobre as limitações para a utilização/aplicação dos instrumentos de medida na prática assistencial. Destacou-se entre as dificuldades citadas pelos participantes, a ausência de Educação Continuada sobre as escalas (13 UR).

A grande limitação é a falta de conhecimento e treinamento. E03

A falta de conhecimento dos demais profissionais de saúde. E17

De fato, uma limitação é a falta de treinamento, atualização e capacitação no ambiente de trabalho. E18

A ausência de definição, implementação e padronização das escalas pela gestão hospitalar também surgiu como processo limitador para a utilização dos instrumentos. Além disso, a falta de tempo (sobrecarga de trabalho), déficit no dimensionamento de pessoal,

escalas que contemplem todos os tipos de câncer, dificuldade de acesso as escalas, a adesão e utilização pela equipe médica e definição de cuidados paliativos, são vistos como limitadores para a adesão ao uso dos instrumentos (QUADRO 3).

Tabela 6 - Temáticas da Subcategoria 2 (Categoria 2)

Temáticas (US)	n	%
Educação Continuada - ausência de treinamentos sobre os Instrumentos	13	46,4
Gestão Hospitalar - Implementação e Padronização das Escalas	5	17,9
Gestão do Tempo: Falta de Tempo e Sobrecarga de Trabalho	3	10,7
Déficit do Dimensionamento de Pessoal	2	7,1
Alcance das escalas em todos os tipos de doença	2	25,0
Acesso - Dificuldade para a obtenção Instrumentos	1	3,6
Adesão e utilização pela equipe médica	1	3,6
Definição de Cuidados Paliativos	1	3,6

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

Os dados evidenciados nesta pesquisa são congruentes com os achados na literatura no que diz respeito a avaliação de barreiras e facilitadores na implementação e utilização de instrumentos de medidas. Hansen et al, (2020) evidenciou falta de tempo pelos enfermeiros para a utilização dos instrumentos, devido a alta carga de trabalho obrigatório, exigindo priorização de outras tarefas. Estudo Holandês realizado com profissionais de saúde que atuam em serviço oncológico, evidenciou que estes profissionais afirmaram que se faz necessário mais conhecimento sobre o conteúdo dos instrumentos e como interpretá-los e que tais informações sobre os instrumentos beneficiaria a aceitação desses. Além disso, um instrumento pode otimizar o tempo durante a consulta, pois os problemas do paciente são rapidamente identificados, mas quando muitos problemas são detectados, pode causar uma extensão no tempo de consulta (GRAUPNER et al, 2021) Portanto, a literatura está concordando com possíveis barreiras e facilitadores para a implementação de instrumentos de medida.

Compreender os benefícios e conhecer os pontos de fragilidade para a utilização de instrumentos de medidas, relatados ou não pelo paciente, colabora para a elaboração de estratégias para minimizar os fatores que contribuem a baixa adesão à utilização dos instrumentos, e busca fortalecer os pontos que corroboram para uma prática clínica individualizada e assertiva.

As estratégias para a implementação dos instrumentos de medidas na prática clínica, podem ser agrupadas em três pilares: Treinamento e Coaching; Apoio à Liderança e Responsabilidade e Propriedade do local da doença. Acredita-se que para implementar os instrumentos de medidas é necessário lançar mão de abordagens que envolvam o paciente e o coloque no centro do cuidado, como por exemplo, educar o paciente em como utilizar o instrumento e seus resultados (autogerenciamento) e aumentar a participação deste em seu plano terapêutico. A elegibilidade de instrumentos fáceis e rápidos a serem preenchidos, além de pontuações claras de rápida sinalização ao paciente, também devem fazer parte das estratégias no que tange ao primeiro pilar (HOWELL et al, 2020).

O segundo pilar, refere-se a estratégias que utilizam abordagens organizacionais que permitem acesso e suporte da instituição para facilitar não somente a conclusão do preenchimento, como também do gerenciamento dos resultados, oferecendo um suporte adequado de infraestrutura e tecnologia, selecionando os instrumentos mais relevantes e proporcionando revisões sistemáticas de acompanhamento e adesão. A reorganização do processo de trabalho, para facilitar o acesso dos resultados medidos pelos instrumentos, elaborar um sistema de acompanhamento das metas melhoradas e reconfigurar a equipe para que os membros sejam capazes de atender as demandas dos pacientes em todos os níveis de mensuração que possam surgir, fazem parte do terceiro pilar (HOWELL et al, 2020).

Com a implementação de tais estratégias, não somente busca-se alcançar melhores resultados de saúde reduzindo as barreiras para adesão aos instrumentos, como também visa garantir a utilização rotineira desses instrumentos, o que é previamente recomendado pela Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO).

4.3.3 Categoria 3 – Rotina do uso dos instrumentos.

Trazendo as experiências advindas da prática e apresentando a percepção dos participantes acerca da rotina de aplicação das escalas, é formada a terceira categoria, com 23 UR (27,1%).

Com 08 UR, a rotina da aplicação dos instrumentos de medida mais sugerida pelos participantes foi “diariamente”. A aplicação das escalas conforme mudança do quadro clínico (7 UR), foi a segunda frequência mais citada, seguida da rotina a cada 12h (4 UR), rotineiramente (4 UR), durante o round multidisciplinar (4 UR) e na admissão (4 UR). A depender da finalidade do instrumento, a cada 72h e semanalmente, também foram sugeridas pelos participantes (QUADRO 4).

Reavaliação diária. E6

Avaliação diária do paciente com as escalas para definição de conduta durante o plantão. E24
A cada 12h. E22
Sempre que necessário em casos de mudança de quadro clínico. E6

Tabela 7 – Temáticas da Categoria 3

Temáticas (US)	n	%
Diariamente	8	22,9
De acordo com a necessidade clínica/mudança do quadro clínico	7	20
Durante a Round Multidisciplinar	4	11,4
A cada 12h	4	11,4
Constante/Rotineira	4	11,4
Na admissão	4	11,4
A depende da Finalidade do Instrumento	2	5,7
A cada 72h	1	2,9
Semanalmente	1	2,9

Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

A implementação e definição de normas e rotinas em uma unidade de saúde deve ser baseada no planejamento estratégico da instituição, visando alcançar qualidade e segurança nos serviços de saúde. Qualidade e segurança estas, que devem permear de maneira integral a todos os setores da instituição, identificando, analisando e avaliando os processos, gerando assim, mudança de cultura.

O conceito de qualidade (que é amplo e complexo), que surge ainda no século XVIII, originalmente foi utilizada para referir-se a produtos (bens físicos), que são palpáveis e tangíveis. Porém, nas unidades de saúde, o produto oferecido ao paciente e seu familiar, é um serviço complexo, que envolvem riscos ao cliente e exige habilidades específicas dos profissionais (PINTO, 2014).

Instituições acreditadoras² utilizam três dimensões de um modelo conceitual para avaliar a qualidade dos cuidados em saúde oferecidos: Estrutura, Processo e Resultado. Dentre os itens de avaliação, a estrutura física da instituição, recursos humanos (quantidade, qualificação, organização profissional), financeiro e equipamentos são considerados, contemplando a primeira dimensão. O processo, segundo o autor, consiste na mensuração

² Acreditação segundo a ABNT é a “atestação de terceira-parte relacionada a um organismo de avaliação da conformidade, comunicando a demonstração formal da sua competência para realizar tarefas específicas de avaliação de conformidade” (ABNT NBR ISSO/IEC 17011:2019). As principais instituições que realizam esta certificação no âmbito hospitalar (Instituições Acreditadoras) no Brasil são: *Joint Commission International (JCI)*; Organização Nacional de Acreditação (ONA) e *Accreditation Canada (QMentum)*.

da qualidade do atendimento (a maior parte dos tópicos relacionados ao cuidado de enfermagem e a segurança do paciente encontram-se nessa dimensão), e o resultado, os efeitos dos cuidados na saúde do paciente, sendo o último, ainda uma tarefa difícil de ser medida (DONABEDIAN, 1997). Para tal, lançasse mão dos indicadores de segurança, que desempenham um papel de identificar, obter informação e monitorar a ocorrência de incidentes, que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais (SOUSA e MENDES, 2019).

Para Paiva et al (2020), a Acreditação de um serviço de cuidados paliativos oncológicos exige, dentre outros fatores, o envolvimento não somente da alta liderança de enfermagem e da direção, como também da equipe assistencial, gerando assim um novo modelo de gestão compartilhada. Ressalta ainda, a importância da padronização das normas e rotinas e do regimento interno de enfermagem, além do fortalecimento da autoridade das enfermeiras permitiram a consolidação de suas atividades (PAIVA, 2020).

Manzo et al (2012), aponta que os serviços que apresentam padronizações sob a ótica da acreditação hospitalar, oferece aos enfermeiros um sentimento de maior segurança frente ao preparo destes para atenderem as necessidades dos pacientes, à medida que a estrutura e os processos da instituição se norteiam de rotinas e maior organização. Para tal, é preciso compreender a acreditação como modelo de gestão e que os resultados esperados exigem cuidados de uma equipe multiprofissional (MANZO et al., 2012).

Os instrumentos de medida representam uma ferramenta de saúde que apoia o planejamento da assistência, fortalecendo a individualização do cuidado, o fortalecimento da relação enfermagem-paciente e juntamente com o pensamento crítico do enfermeiro, auxilia na avaliação do profissional frente as respostas de saúde do indivíduo, família e comunidade. Os instrumentos de medida quando atrelados a avaliação, podem vir a gerar mudanças nos resultados avaliativos de monitoramento da clínica a ser investigada e reavaliada.

Estes instrumentos quando elegidos e utilizados a partir do raciocínio crítico investigativo para fins diagnósticos de maneira individualizada, torna-se a intercessão colaborativa entre o paciente e o profissional de enfermagem (Figura 5).

Figura 5 – Modelo Explicativo: Instrumentos de medida como veículo de relação paciente-enfermeiro.



Fonte: Elaborado pelo autor. Rio de Janeiro, 2024

Para que o enfermeiro seja capaz de eleger, aplicar e integrar à sua prática assistencial o uso de instrumentos de medida, é necessário a interrelação de três fatores que irão contribuir e fundamentar a tomada de decisão desse profissional. Os fatores fundamentais são: Educação Permanente e capacitação em enfermagem, Gestão Institucional e Processos de Qualidade e Segurança no ambiente Clínico.

Educação Permanente – No processo de formação do enfermeiro é necessário que o futuro profissional adquira competências e habilidades na Tomada de Decisão (devem ser capazes de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas), incorporem a ciência do cuidar como instrumento de interpretação profissional, além de ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança (CNE/CES, 3/2001). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde devem propiciar uma formação para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, à luz dos princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção e em resposta às necessidades sociais em saúde. Tais Diretrizes encontram-se em processo de atualização, visto que as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é que estas deverão ser revisadas a cada 5 anos (CNS, 573/2018).

Em 2018, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 581/2018, e atualizada com a Resolução nº 625/2020, concede aos enfermeiros o registro de

titulação e aprova a lista das especialidades aprovadas. Dentre elas, na ÁREA de abrangência I - Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências), destaca-se a especialização em Enfermagem em Oncologia e a Oncologia Pediátrica.

A Educação Permanente em Saúde (hoje implementada através da instituição da Política Nacional de Educação Permanente - Portaria nº 198/GM/MS), é uma estratégia político-pedagógica que tem como objetivo a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, visando orientar para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos (BRASIL, 2018). A Educação Permanente propõe interromper o modelo tradicional de ensino propondo uma interação entre ensino, serviço e comunidade.

Corroborando com os preceitos da Educação Permanente, as Metodologias Ativas buscam uma educação centrada no aprendiz, no docente como mediador, no processo de ensino aprendizagem e na construção ativa do conhecimento. Além de fortalecer a autonomia, iniciativa e protagonismo, trabalho em equipe, colaboração e comunicação. (JACOBOVSKI; FERRO, 2021).

As metodologias ativas de ensino, como por exemplo o *design thinking* podem contribuir para uma formação mais personalizada, estimulando ao aprendiz a investigação ou soluções de problemas, estimulando a formação de profissionais competentes e criativos, que juntamente com os conhecimentos biológicos, tais habilidades permitem a formação de profissionais emponderados e liberais.

Petry (2019) aponta a necessidade de uma formação centrada nos pressupostos da ciência de enfermagem, rompendo com o modelo voltado no cumprimento de prescrições e rotinas hospitalares, prevê a necessidade de uma legislação que amplie a autoridade prescritiva dos enfermeiros para atuarem na promoção e manutenção dos diferentes sistemas corporais e a consolidação de parcerias com gestores em saúde, que defendam a autonomia dos enfermeiros brasileiros e seu livre agir e pensar durante sua atuação profissional.

É importante ressaltar que para apoiar os serviços especializados faz-se importante a atuação da educação e treinamento da força de trabalho oncológica, caso contrário o serviço especializado não será capaz de gerenciar todas as necessidades de cuidado dos indivíduos que vivem com e além do câncer. Os profissionais de saúde devem receber treinamento e atualizações sobre todas as etapas do manejo da assistência do indivíduo com câncer, do diagnóstico aos cuidados de apoio e paliativos (SCOTTÉ; TAYLOR; DAVIES, 2023).

Gestão – O processo histórico da construção e consolidação da enfermagem como disciplina, trabalho e profissão sofreu expressivas influências sociopolíticas, de questões de gênero e econômicas, que impactaram na autonomia do enfermeiro. Florence Nightingale foi pioneira na transformação da enfermagem e uma disciplina do conhecimento, com saberes

próprios e que tinha seu respaldo e autoridade para atuar de modo deliberado, contudo, por questões sociais e políticas, a formação de enfermeiras foi sendo modificada para estas se tornassem operárias hospitalares e cumpridoras de regras médicas (tendo por vezes, seu ensino realizado por profissionais médicos, reforçando assim, a subordinação a categoria médica). Tal fenômeno estava fundamentado em interesses econômicos, que viam as mulheres como mão de obra barata, assim como sociais (PETRY et al, 2019).

Para alcançar a autonomia profissional do enfermeiro nos ambientes clínicos, é necessário o apoio e atuação da gestão institucional (seja ela pública, privada, atenção básica ou de alta complexidade), compreendendo que fatores como a implementação do Processo de Enfermagem, definição de papéis e responsabilidades bem definidos, dimensionamento dos profissionais de forma adequada, a respeitar a legislação e incentivos a capacitação teórico/prático, podem comprometer diretamente a qualidade do cuidado prestado pelo profissional.

As instituições hospitalares inspiram de um replanejamento, por meio de ações e/ou estratégias futuras, que desdobrem melhorias nas condições e no processo de trabalho do enfermeiro, para que dessa forma, este profissional tenha condições de exercer suas atividades de maneira segura, com autonomia para eleger, aplicar e integrar à sua prática instrumentos que fortaleçam suas ações avaliativas e prescritivas, para que assim, se alcance individualidade no cuidado e erradique práticas com descuidado.

Qualidade – Essencialmente em sua fundamentação, “qualidade” significa conformidade com os padrões, onde tais padrões podem variar de uma sociedade para outra. A qualidade deve ser avaliada tendo em consideração o que é minimamente possível dentro de um determinado ambiente. Mas, ao mesmo tempo, é necessário o estabelecimento de um padrão mais universalista, pelo menos com o objetivo que se pretende alcançar (Donabedian, 1990).

Seguindo os fundamentos de Donabedian, para que seja possível avaliar a qualidade de um serviço, sete pilares devem ser levados em consideração: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Para avaliar a assistência à saúde, é fundamental que o serviço utilize como base os sete pilares, para que seja alcançada a qualidade desejada (JOAQUIM, 2019).

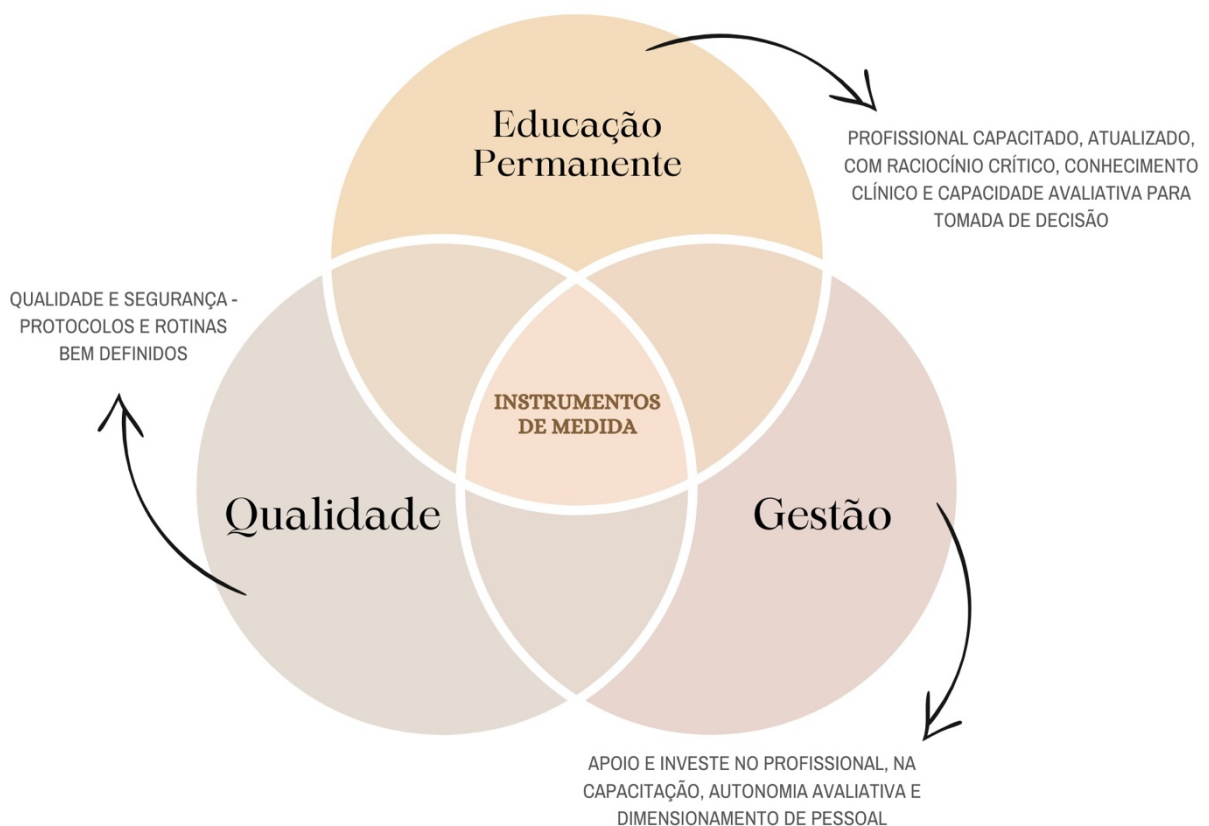
Quando se tem como objetivo avaliar a qualidade, busca-se determinar o nível de sucesso das profissões atreladas à saúde, no que tange à auto governança, impedindo a exploração ou a incompetência, bem como a supervisão da qualidade, de forma a manter a vigilância contínua, detectando e corrigindo desvios dos padrões antecipadamente (JOAQUIM, 2019).

Compreende-se que para a oferta de um serviço de saúde com qualidade assistencial, é preciso que as instituições planejem e elaborem processos estruturados, com

diretrizes claras, definição de fluxos, protocolos e procedimentos que norteiem e assegurem a oferta de um cuidado livre de danos. A manutenção das atividades deve ser gerenciada, acompanhada e evidenciada através de indicadores de qualidade da assistência, que irão monitorizar e identificar possíveis fragilidades ou atividades fortalecidas, indicando a reorganização do cuidado ou manutenção destes

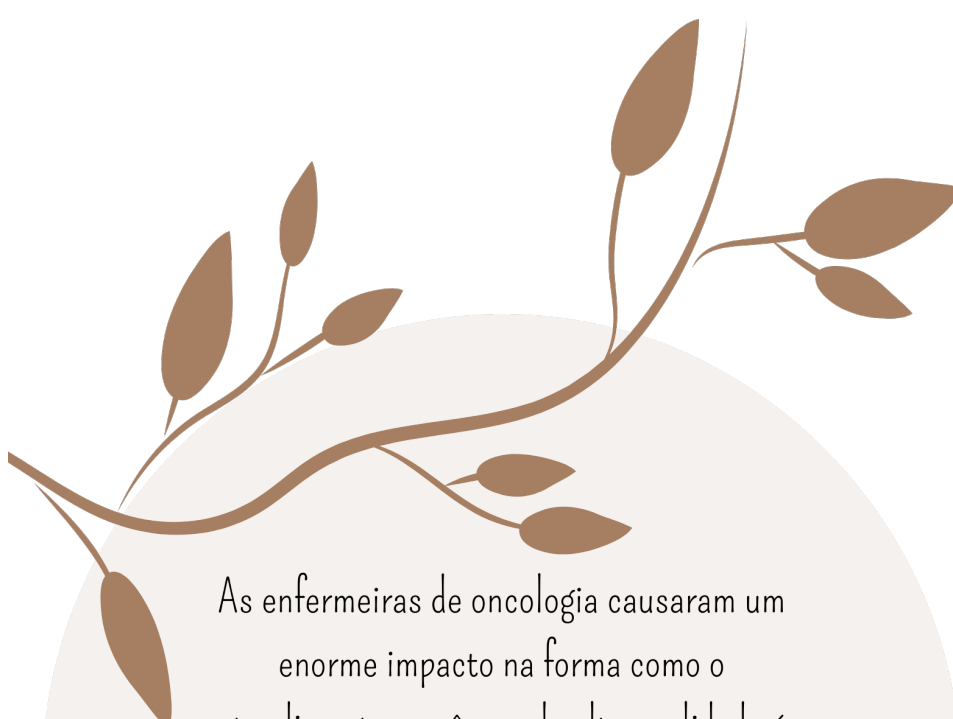
As instituições que possuem compromisso com os padrões de qualidade já discutidos e apresentados na literatura, e possuem avaliações/certificações da qualidade de seu serviço, oferecem aos cuidados de enfermagem subsídios para a oferta de um cuidado pautado na ciência, de forma humanizada (para o cliente e para o profissional); realiza vigilância contínua para controle e revisão dos processos, buscando melhoria contínua; se compromete com a capacitação e educação permanente do profissional, para que este possa atualizar-se das melhores práticas; busca melhor articulação entre as áreas assistenciais e não assistenciais, diminuindo a sobrecarga de atividades que não competem a equipe de enfermagem e comprometem-se com a segurança assistencial, profissional e financeira.

Figura 6 – Modelo Explicativo dos fatores que influenciam o enfermeiro a eleger, aplicar e integrar à sua prática assistencial o uso de instrumentos de medida.




Os fatores previamente citados que corroboram na tomada de decisão do enfermeiro especialista a eleger, aplicar e integrar à sua prática assistencial o uso de instrumentos de medida, apresentam-se de forma interligada e conectados entre si. Além disso, encontram-se inseridos no contexto clínico assistencial da prática profissional, onde em sua intercessão central (que se conecta a formação, gestão e qualidade) pode vir a ser considerada como a zona de reconhecimento.

Visto que, ao ser capaz de identificar, eleger e aplicar ferramentas que contribuam em sua prática assistencial de forma autônoma e segura, realizando sua assistência de forma mais assertiva e deliberada, o enfermeiro é capaz de alcançar a zona de reconhecimento e contribuição clínica, sendo este processo de construção contínuo e cíclico.



As enfermeiras de oncologia causaram um enorme impacto na forma como o atendimento ao câncer de alta qualidade é fornecido nos dias atuais. Os enfermeiros de oncologia desempenharam um papel dominante no cenário em rápida mudança que exige que os cuidados paliativos façam parte das conversas iniciais e do cuidado de pacientes com câncer. No entanto, cuidados paliativos e oncologia estão entrelaçados.

(CHOW; DAHLIN, 2018)



The Nurse - Jean Metzinger (1915)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do que foi exposto, o estudo pode identificar os instrumentos de medidas utilizados pelo enfermeiro oncologista no ambiente clínico adulto de cuidados paliativos oncológicos, analisar as potencialidades e as limitações do uso destes a partir do olhar desses especialistas e discutir como o enfermeiro oncologista elege, aplica e integra esses instrumentos em sua prática clínica, alcançando assim, os objetivos da pesquisa.

Portanto, os instrumentos de medida utilizados pelos enfermeiros especialistas em oncologia são ferramentas que compõe as tecnologias leveduras da assistência em saúde, que tem como propósito, não apenas o preenchimento de dados a fins de documentação da informação neles contida, mas os instrumentos de medida são um dos meios de compreender e identificar as necessidades do paciente na avaliação do enfermeiro, utilizando os resultados medidos como norteador da assertividade da identificação das respostas humanas fragilizadas, para que a partir disso, haja a elaboração do diagnóstico de enfermagem, e através dele, seja elaborada uma prescrição de cuidados de forma personalizada e individualizada.

Ressalta-se ainda, que há uma variedade de instrumentos de medida validados e utilizados no ambiente clínico nos cuidados oncológicos paliativos. Instrumentos estes, que se agrupam por propósito avaliativo, como avaliação de sintomas, performance, prognóstica, de qualidade de vida e outras. Estes instrumentos podem ser preenchidos através da percepção e avaliação dos profissionais de saúde que os utiliza (observador) ou por respostas apresentadas pelo próprio paciente (centrado no indivíduo).

Os benefícios clínicos trazidos pela utilização dos instrumentos de medida pelo enfermeiro oncologista foram claramente evidenciados, conferindo a estes (quando elegidos e aplicados de forma adequada) o fortalecimento do planejamento da assistência de enfermagem, da individualidade do cuidado, da comunicação e interação entre os membros da equipe multiprofissional, melhora do manejo dos sintomas e outros. Em contrapartida, a falta de esclarecimento e educação permanente sobre a aplicação e interpretação de seus resultados pode impactar diretamente na adesão e utilização desses pelos enfermeiros. O comprometimento da autonomia destes profissionais, acrescido da ausência ou escassez da implementação dos instrumentos no ambiente clínico, com a sobrecarga de trabalho do enfermeiro (sobretudo, nos serviços de oncologia) e déficit de profissionais, corroboram para a subutilização ou a utilização sem propósito terapêutico dos instrumentos de medida, implicando na sua finalidade e potencialidade clínica.

Para se alcançar o máximo potencial dos instrumentos de medida vinculados ao processo de trabalho do enfermeiro oncologista, é necessário a reestruturação e/ou fortalecimento da autonomia clínica/científica do enfermeiro, para que este seja capaz de

eleger, aplicar e integrar estes instrumentos na sua prática assistencial. Para alcançar tal autonomia, é preciso articular a educação permanente, gestão clínica e operacional com um serviço de qualidade e segurança bem estruturado, para que assim, o enfermeiro oncologista alcance a zona de reconhecimento da prática clínica assistencial. O enfermeiro só alcançará sua práxis quando apresentar-se de forma solidificada como profissional crítico, reflexivo, atuante e com autonomia plena.

O estudo propôs apresentar os instrumentos de medida disponíveis na literatura validados e utilizados por enfermeiros oncologistas em cuidados paliativos, para que com isso, fundamente e fortaleça a tomada de decisão e seleção destes a serem aplicados na integralidade de sua definição. Que este profissional olhe para além da realização de tarefas, mas que seja capaz de lançar mão da tecnologia para personalizar o cuidado e mitigar as barreiras que impactam na humanização e segurança assistencial, mostrando o protagonismo científico do enfermeiro especialista.

Importante destacar o potente e estratégico papel da Educação Permanente e das sociedades de especialista para se manter uma prática clínica sustentada e incorporada a cultura organizacional. Sendo este fundamental para a fortalecer os benefícios apresentados e reduzir as lacunas de adesão aos instrumentos de medida.

Recomenda-se a realização de futuras pesquisas para mapeamento da temática em abrangência nacional, visando fundamentação teórica e discussões sobre os instrumentos de medidas, a tríade (educação, gestão e qualidade) que fundamenta a elegibilidade destes pelos enfermeiros oncologistas em cuidados paliativos e lucidar estratégias que reduzam as barreiras para tal utilização. Além disso, sugere-se novos estudos experimentais aliados a dados clínicos coletados a partir dos instrumentos para implementação de intervenções, predição de resultados e indicadores de evolução.

Os próximos passos propostos consistem no compartilhamento dos resultados obtidos com esta dissertação em forma de artigos, capítulo, participação em eventos nacionais e internacionais e divulgação nas sociedades de enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Ofício 1599/2017. **Reconhecimento da Medicina Paliativa**. ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo. 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wpcontent/uploads/2017/06/Solicitacao-de-especialidade-Med.Paliativa-ANCP-CFM-2017-rev.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2022.
- ACELAS, A.L.R.; MONTAÑEZ, W.C. Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influyen en las decisiones en el cuidado de los pacientes. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1949, jan. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/2216-0973-cuid-9-1-1957.pdf . Acesso em: 23 set. 2023.
- ALMEIDA, C.M.T.; ALMEIDA, F.N.A.S.; ESCOLA, J.J.J.; RODRIGUES, V.M.C.P. The technological influence on health professionals' care: translation and adaptation of scales. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vJmpyh655THLcQ89nSTQwpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2023.
- ANDERSON, F.; DOWNING, G.M.; HILL, J.; CASORSO, L.; LERCH, N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. **Journal Of Palliative Care**, v. 12, n. 1, p. 5-11, mar. 1996. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/14348689_Palliative_Performance_Scale_PPS_A_new_tool#fullTextFileContent. Acesso em 14 out 2023.
- BAAN, F.H.; KOLDENHOF, J.J.; NIJS, E.J.; ECHELD, M.I.A.; ZWEERS, D.; HESSELMANN, G.M.; VERVOORT, S.C.; VOS, J.B.; GRAAF, E.; WITTEVEEN, P.O. Validation of the Dutch version of the Edmonton Symptom Assessment System. **Cancer Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 17, p. 6111-6121, 9 jul. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.3253>. Acesso em: 12 ago. 2022.
- BACICH, L.; MORAN, J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. **Penso**. Porto Alegre. 2018, p. 430. 2018.
- BARBERA, L.; SUTRADHAR, R.; SEOW, H.; MITTMANN, N.; HOWELL, D.; EARLE, C.C.; LI, Q.; THIRUCHELVAM, D.. The impact of routine Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) use on overall survival in cancer patients: results of a population :based retrospective matched cohort analysis. **Cancer Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 19, p. 7107-7115, 14 ago. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cam4.3374>. Acesso em: 12 ago. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, L.M.; *et al.* Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos. **Anais: International Nursing Congress**, Dublin. n. 28, p.12. 2016.
- BARROS, L.M.; GARBI, G.P.; PINTO, J.E.M.G.. APP mHealth para as escalas assistenciais de Enfermagem (Braden, Morse e Fugullin). **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1509-1527, 18 jan. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56513/41492>. Acesso em: 12 out. 2023.
- BENNER, P. From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [S.L.], v. 84, n. 12, p. 1479, dez. 1984.

BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JUNIOR, C.; PEREIRA, W.A.B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 359-363, out. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dY4tVF5tWXkrfkyjz5Sp4rM/?lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro. 2021a. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos> > Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> > Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2022a. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025> > Acesso em: 06 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro. 2022b. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf > Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **O que causa o câncer?** Rio de Janeiro. 2021b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cause-cancer>> Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Seção, p. 59-70. 13 Jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº198/GM em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF, 2021c. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 10 dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF. 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 2 fev. 2024.

BRENNAN, F. Palliative Care as an International Human Right. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 33, n. 5, p. 494-499, mai. 2007. Disponível em: <<https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2807%2900155-8>>. Acesso em: 27 ago. 2023.

BRICKLEY, B.; *et al.* A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review. **Family Practice**. Oxford, RU, p. 154-172. 31 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz063>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRUERA, E.; KUEHN, N.; MILLER, M.J.; SELMSER, P.; MACMILLAN, K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **J Palliat Care**. Canadá. v.7, n.2, p. 6-9, 1991.

BRUNELLI, C; *et al.* Knowledge, use and attitudes of healthcare professionals towards patient-reported outcome measures (PROMs) at a comprehensive cancer center. **Bmc Cancer**. v. 22, n. 1, p. 02-10, fev. 2022. Disponível em: file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/s12885-022-09269-x.pdf. Acesso em: 06 dez. 2022.

BUENO, F.M.G.; QUEIROZ, M.S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 222-227, abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gqKqGNtbWJddnBfDKgd5LvJ/>. Acesso em: 28 jan. 2024.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2023.

CAMPOS, J.A.D.B.; SPEXOTO, M.C.B.; SILVA, W.R.; SERRANO, S.V.; MARÔCO, J. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: factorial models to brazilian cancer patients. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 7 mai. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GvkxkLRVcDV9kHhWFHXn8Gr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.

CARVALHO R.T. *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos**. São Paulo: Barueri. Manole. 2018.

CANADIAN ASSOCIATION OF NURSES IN ONCOLOGY. **Practice Standards and Competencies for the Specialized Oncology Nurse**. Toronto, Canadá. 2006. Disponível em: <https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/standards/CONEP_Standards2006September.pdf> Acesso em: 08. dez. 2022.

CELLA, D.F; TULSKY, D.S.; GRAY, G.; SARAFIAN, B.; LINN, E.; BONOMI, A.; SILBERMAN, M.; YELLEN, S.B.; WINICOUR, P.; BRANNON, J. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. **Journal Of**

Clinical Oncology, v. 11, n. 3, p. 570-579, mar. 1993. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.1993.11.3.570?role=tab>. Acesso em: 14 out. 2023.

CHASEN *et al.* Attitudes of oncologists towards palliative care and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) at an Ontario cancer center in Canada. **Supportive Care In Cancer**, Canadá. v. 23, n. 3, p. 769-778, 2014. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25189150/>>. Acesso em: 06 dez. 2022.

CHOW, K.; DAHLIN, C. Integration of Palliative Care and Oncology Nursing. **Seminars In Oncology Nursing**, v. 34, n. 3, p. 192-201, ago. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208118300354?via%3Dihub>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CANO, S.; HOBART, J. The problem with health measurement. **Patient Preference And Adherence**, p. 279, jun. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140310/>. Acesso em: 08 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 385/2009**. Brasília, DF: COFEN. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 03 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 625/2020**. Brasília, DF: COFEN. 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 736/2024**. Brasília, DF: COFEN. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - 2.ed. São Paulo: COREN-SP. 2021. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2024.

CORREIA, F.R. **Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS)**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

CUNHA, L.M.A.; LOURA, L.C.S.C.C. **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. Dissertação de Mestrado em Probabilidades e Estatística. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Estatística e Investigação Operacional. 2007. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf. Acesso em: 14 out. 2023.

DAHLIN, C. Palliative Care: delivering comprehensive oncology nursing care. **Seminars In Oncology Nursing**, v. 31, n. 4, p. 327-337, nov. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208115000686>. Acesso em: 28 jan. 2024.

DESHPANDE, P.; RAJAN, S.; SUDEEPTHI, B.; NAZIR, C.A. Patient-reported outcomes: a new era in clinical research. **Perspectives In Clinical Research**, v. 2, n. 4, p. 137, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227331/>. Acesso em: 08 out. 2023.

DONABEDIAN, A. The quality of care. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 121, p. 11. 1997.

EASPAIG; *et al.* What are the attitudes of health professionals regarding patient reported outcome measures (PROMs) in oncology practice? A mixed-method synthesis of the qualitative evidence. **Bmc Health Services Research**. Austrália. v. 20, n. 1, p. 1-24, 2020. Disponível em: < file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/s12913-020-4939-7.pdf > Acesso em: 10 dez. 2022.

FROTA, M.A.; WERMELINGER, M.C.M.W.; VIEIRA, L.J.E.S.; XIMENES NETO, F.R.G.; QUEIROZ, R.S.M.; AMORIM, R.F. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 25-35, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZN9QCnJZTPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2024.

FUGULIN, F.M.T.; *et al.* Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital Universitário**, v. 4, n. 1-2, p. 63-68, 1994.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New Jersey, USA: **Aldine Transaction**, 2006. Disponível em: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. IARC. Global Cancer Observatory: **Cancer Today**. França, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GRAUPNER, C.; BREUKINK, S.O.; MUL, S.; CLAESSENS, D.; SLOK, A.H.M.; KIMMAN, M.L. Patient-reported outcome measures in oncology: a qualitative study of the healthcare professional's perspective. **Supportive Care In Cancer**, [S.L.], v. 29, n. 9, p. 5253-5261, 2 mar. 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06052-9>. Acesso em: 02 fev. 2024.

GRÜNKE, B.; PHILIPP, R.; VEHLING, S.; SCHEFFOLD, K.; HÄRTER, M.; OECHSLE, K.; SCHULZ-KINDERMANN, F.; MEHNERT, A.; LO, C.. Measuring the Psychosocial Dimensions of Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: psychometrics of the german quality of life at the end of life-cancer-psychosocial questionnaire. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 55, n. 3, p. 985-991, mar. 2018. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30637-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30637-1/fulltext). Acesso em: 14 out. 2023.

HANSEN, S.T.; KJERHOLT, M.; CHRISTENSEN, S.F.; BRODERSEN, J.; HØLGE-HAZELTON, B. Nurses' Experiences When Introducing Patient-Reported Outcome Measures in an Outpatient Clinic. **Cancer Nursing**, v. 44, n. 2, p. 108-120, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217877/>. Acesso em: 01 fev. 2024.

HEARN, J.; HIGGINSON, I.J. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. **Quality And Safety In Health Care**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 219-227, 1 dez. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10847883/>. Acesso em 14 out. 2023.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.

2577-2588, set. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2024.

HOWELL, D.; ROSBERGER, Z.; MAYER, C.; FARIA, R.; HAMEL, M.; SNIDER, A.; LUKOSIUS, D.B.; MONTGOMERY, N.; MOZURAITIS, M.; LI, M.. Personalized symptom management: a quality improvement collaborative for implementation of patient reported outcomes (pros) in real-world oncology multisite practices. **Journal Of Patient-Reported Outcomes**, v. 4, n. 1, p. 1-13, 17 jun. 2020. Disponível em:

<https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-020-00212-x#Sec11>. Acesso em: 20 out. 2023.

IHLER M.E.; SAETEREN B. Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms. **Nursing Research**. Noruega.v. 14, 2020. Disponível em:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-79585-en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos: Cuidados paliativos na prática clínica**. Rio de Janeiro: INCA. v 1, p. 284,

2022. Disponível em: < <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11605>> Acesso em: 27 ago. 2023.

JACOBOVSKI, R.; FERRO, L.F. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 3, p. 1-19, 20 mar. 2021. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13391/12115>. Acesso em: 02 fev. 2024.

JOAQUIM, F.L.; SILVINO, Z.R.; LAMEGO, F.R.D.; BALBINO, C.M.; SOUZA, C.J.; SANTOS, L. M. Gerenciamento do cuidado aos pacientes com úlceras venosas. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 13, p. 1-7, 16 dez. 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243017/34123>. Acesso em: 27 jan. 2024.

KAASA, *et al.* Integration of oncology and palliative care: a lancet oncology commission. **The Lancet Oncology**. v.19, n.11, p. 588-653, nov. 2018. Disponível em: <

[http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(18\)30415-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30415-7)> Acesso em: 06 dez. 2022.

KARNOFSKY, D.A.; BURCHENAL, J.H. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. **Columbia University Press**, New York. p. 196, 1949.

KOTRONOULAS, G.; PAPADOPOULOU, C.; MACNICOL, L.; SIMPSON, M.; MAGUIRE, R.. Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer. **European Journal Of Oncology Nursing**, v. 29, p. 115-124, ago. 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388917301527>. Acesso em: 02 fev. 2024.

KOTRONOULAS, G.; *et al.* What Is the Value of the Routine Use of Patient-Reported Outcome Measures Toward Improvement of Patient Outcomes, Processes of Care, and Health Service Outcomes in Cancer Care? A Systematic Review of Controlled Trials. **Journal of Clinical Oncology**. EUA. v. 32, n. 14, p. 1480-1501. 2014. Disponível em: < <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2013.53.5948>> Acesso em: 06 dez. 2022.

LISBÔA, C.N. Sobrevida em mulheres com câncer em cuidados paliativos: o uso do palliative prognostic score (papscore) em uma população de mulheres brasileiras. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/claudia_naylor_lisboa_sobrevida_mulheres.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

MACHADO, M.H.; *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n., p. 15, 27 jan. 2016.

MACHADO, M.H.; *et al.* Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN. Rio de Janeiro. v.01. 2017.

MANZINI, E.J. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivos e de roteiros. Bauru: SP, 2004. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf> Acesso em: 12 ago. 2022.

MANZO, B.F.; *et al.* A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 01-08, jan-fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9nmcy6bWXcRfRqnq8fY6YpL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2023.

MARCUCCI, F.C.I. *et al.* Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. **BMC Palliative Care**. Londres. v. 51, n. 15. 2016. Disponível em: < <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0125-4>>. Acesso em: 10 out. 2021.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. The Bristol Stool Form Scale: its translation to portuguese, cultural adaptation and validation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 583-589, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vDBpwytKNhBsLbzyYkPygFq/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 14 out. 2023.

MATIAS, D.R.C. Validação da palliative performance scale: tradução e adaptação para português de Portugal da Palliative Performance Scale. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/37839>. Acesso em: 12 out. 2023.

MAY, B.; *et al.* Critical thinking and clinical competence: a study of their relationship in BSN seniors. **Journal of Nursing Education**, v.38, n.3, p. 100-110. 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC. 2010.

MCMILLAN, D.C. An inflammation-based prognostic score and its role in the nutrition-based management of patients with cancer. **Proceedings Of The Nutrition Society**, v. 67, n. 3, p. 257-262, 1 mai. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18452641/>. Acesso em: 14 out. 2023.

MONTEIRO, D.R.; KRUSE M.H.L.; ALMEIDA, M.A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v.31, n.4, p. 785-793, dez. 2010. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400024>. Acesso em 10 out. 2021.

MORITA, T.; TSUNODA, J.; INOUE, S.; CHIHARA, S.. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Supportive Care In Cancer**, v. 7, n. 3, p. 128-133, 7 abr. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10335930/>. Acesso em: 14 out. 2023.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático: Uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v, 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/264827-Analise-de-conteudo-tematico-categorial-uma.html>>. Acesso em: 27 ago. 2023.

OKEN M.M.; *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. **Am J Clin Oncol**, Londres, v. 5, n. 6, p.649-655. 1982.

PAIVA, C.E.; MANFREDINI, L.L.; PAIVA, B.S.R.; HUI, D.; BRUERA, E.. The Brazilian Version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Is a Feasible, Valid and Reliable Instrument for the Measurement of Symptoms in Advanced Cancer Patients. **Plos One**, v. 10, n. 7, p. 1-13, 8 jul. 2015.

PAIVA, C.F.; SANTOS, T.C.F.; MONTENEGRO, H.R.A.; COSTA, R.; MARTINS, G.C.S.; ALMEIDA FILHO, A.J.. Reconfiguration of palliative oncological nursing care: nursing contributions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-8. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/QRcBNhQ5wFKmKhZ3sLp7N5s.pdf. Acesso em: 27 out. 2023.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 153-168, ago. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/fWd7mDvPcHGJYWTqcCybsvc/>. Acesso em: 12 out. 2023.

PETRY, S.; FILHO, C.A.T.; MAZERA, M.; SCHNEIDER, D.G.; MARTINI J.G. Autonomia da Enfermagem e sua Trajetória na Construção de uma Profissão. **Hist. Enferm Rev eletrônica**, v. 10, n.1, p.:66-75, jun. 2019. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v10/n1/a7.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2024.

PINTO, C.F. Em busca do cuidado perfeito: aplicando Lean na saúde. **Lean Institute Brasil**. São Paulo. 2014.

PIROVANO, M.; MALTONI, M.; NANNI, O.; MARINARI, M.; INDELLI, M.; ZANINETTA, G.; PETRELLA, V.; BARNI, S.; ZECCA, E.; SCARPI, E. A New Palliative Prognostic Score. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 17, n. 4, p. 231-239, abr. 1999. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(98\)00145-6/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(98)00145-6/fulltext). Acesso em: 14 out. 2023.

SANTANA, C.J.M.; LOPES, G.T. O cuidado especializado do egresso de residência em enfermagem do Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, RJ. v. 11, n. 3, p. 417-422. 2007. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/ean/a/bS6ccT3tHzRBtNrpgySvjYL/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 08 dez. 2022.

SANTANA, M.T.E.A.; GÓMEZ-BATISTE, X.; SILVA, L.M.G.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. 1-8. 2020. Disponível em:

https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-18-eAO5539/2317-6385-eins-18-eAO5539-pt.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

SANTOS, C.S.C.S.; ABREU, D.P.G.; MELLO, M.C.V.A.; ROQUE, T.S.; PERIM, L. F. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 5, p. 1-14, 29 mar. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3201/5282>. Acesso em: 27 jan. 2024.

SCOTTÉ, F.; TAYLOR, A.; DAVIES, A. Supportive Care: the “keystone” of modern oncology practice. **Cancers**, v. 15, n. 15, p. 3860-3873, 29 jul. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/15/3860>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SILVA, D.I.S. SILVEIRA, D.T. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 501-513. 2015. Disponível em: < <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2578/2301> > Acesso em: 23 set. 2023.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.22, n.10, p. 2055-2066, out. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf> > Acesso em: 10 out. 2021.

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine; YONEKURA, Tatiana; SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. Integrative Review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 48, n. 2, p. 335-345, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjreeusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SOUSA, M.N.A.; TOLEDO, M.A.; BEZERRA, A.L.D. Enfermagem na Assistência em Cuidados Paliativos Oncológicos: uma revisão integrativa / nursing in palliative care oncology. **Id On Line Revista de Psicologia**. Paraíba. v.14, n.53, p. 381-391, dez. 2020. Disponível em:< [file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/2789-Texto%20do%20Artigo-7912-11644-10-20201230%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/2789-Texto%20do%20Artigo-7912-11644-10-20201230%20(3).pdf) > Acesso em: 06 dez. 2022.

SOUSA, P; MENDES, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. **Fiocruz**, p. 1-262. 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 27 out. 2023.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death Index - Ranking palliative care across the world**. Londres, Reino Unido. 2015. Disponível em: <<http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>> Acesso em: 10 out. 2021.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple**: what everyone should know about person-centred care. Londres, Reino Unido. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf> Acesso em: 21 out. 2022.

TRIVIÑOS A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. **Atlas**. 5 ed. São Paulo. 2009.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (EUA). Guidance for industry: patient-reported outcome measures.

Health And Quality Of Life Outcomes, v. 4, n. 1, p. 1-43, out. 2006. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-4-79>. Acesso em: 08 out. 2023.

VINUTO, J.A. Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em Aberto. **Revista Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago-dez. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Câncer Control Programme, Departamento Chronic Disease Health Promotion**. Switzerland. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Acesso em: 10 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 27 ago. 2023.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition**. London: WPCA; WHO, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/WHPKA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/WHPKA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress%20(1).pdf). Acesso em: 27 ago. 2023.

WELDRING, T.; SMITH, S.M.S. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). **Health Services Insights**: Health Services Insights, v. 6, n. 1, p. 61-68, jan. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089835/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

WILLIK, E.M; *et al.* Patient-reported outcome measures (PROMs): making sense of individual prom scores and changes in prom scores over time. **Nephrology**, v. 26, n. 5, p. 391-399, dez. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nep.13843>. Acesso em: 23 set. 2023.

YUN, Y.H.; KANG, E.K.; LEE, J.; CHOO, J.; RYU, H.; YUN, H.M.; KANG, J.H.; KIM, T.Y.; SIM, J.A.; KIM, Y. Development and validation of the quality care questionnaire –palliative care (QCQ-PC): patient-reported assessment of quality of palliative care. **Bmc Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 1-40, 5 mar. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/s12904-018-0296-2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nara_i/Downloads/s12904-018-0296-2%20(1).pdf). Acesso em 14 out. 2023.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, jun. 1983.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM CUIDADOS ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: SUBSÍDIOS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Thayane de Fátima da Costa Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66584923.6.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.896.481

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

O presente estudo tem como objetivos: Mapear as escalas/instrumentos de avaliação utilizadas pelo enfermeiro especialista em oncologia nos cuidados paliativos oncológicos de adultos; identificar na perspectiva do enfermeiro especialista em oncologia, as potencialidades e as limitações do uso das escalas de avaliação pelos enfermeiros especialistas nos cuidados paliativos oncológicos; Discutir como o enfermeiro especialista em oncologia elege, aplica e integra as escalas de avaliação aos cuidados paliativos oncológicos. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O cenário do estudo apresentado será em ambiente virtual. Critérios de Inclusão: o enfermeiro deve ser especialista em oncologia, atuar com pacientes adultos oncológicos em cuidados paliativos hospitalizados, ter como idioma principal o português e comparecer no dia agendado para a entrevista e preencher o formulário de caracterização de pesquisa. Critérios de exclusão: profissionais que não forem especialistas em oncologia, não tiverem atuado com pacientes oncológicos em cuidados paliativos por pelo menos 6 meses e que o serviço de atuação seja em atenção primária, ambulatórios e/ou assistência

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.896.481

pediátrica. A coleta de dados compreenderá na utilização da Técnica de Amostragem Não Probabilística de Conveniência Associada à Amostragem em Rede ou Bola-de-Neve (Snowball). O convite para participação na pesquisa será a partir do contactado via e-mail e/ou por aplicativo de mensagem, que após o aceite e assinatura do TCLE, será realizado o agendamento da entrevista que acontecerá por meio da plataforma Google Meet, através do endereço eletrônico em data e horário, de acordo com a conveniência do participante. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada gravada, orientada por roteiro com perguntas objetivas e subjetivas. Ao final da entrevista, os dados coletados serão armazenados em dispositivo eletrônico do pesquisador, não permanecendo o conteúdo das entrevistas em nenhum ambiente virtual de uso compartilhado. Para a análise dos dados e exploração do material, será utilizado o auxílio do programa IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) e posteriormente, será realizada a Análise Temática a partir do identificado nos dados fornecidos pelo auxílio do software. A realização do estudo se justifica pela importância de ampliar o conhecimento a cerca da utilização de instrumentos de avaliação pelos enfermeiros oncologistas em território nacional e como estes são eleitos e utilizados, de modo a integrar as medidas obtidas, no cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados oncológicos paliativos, visando a realização da assistência de enfermagem de forma planejada, individual, segura e eficaz.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Mapear as escalas/instrumentos de avaliação utilizadas pelo enfermeiro especialista em oncologia nos cuidados paliativos oncológicos de adultos.

Objetivo Secundário:

- Identificar na perspectiva do enfermeiro especialista em oncologia, as potencialidades e as limitações do uso das escalas de avaliação pelos enfermeiros especialistas nos cuidados paliativos oncológicos
- Discutir como o enfermeiro especialista em oncologia elege, aplica e integra as escalas de avaliação aos cuidados paliativos oncológicos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na participação na pesquisa são mínimos, como: constrangimento e desconforto ao responder o questionário; medo; vergonha; estresse; quebra do anonimato; aborrecimento e alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias; cansaço ao

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.896.481

responder às perguntas; invasão de privacidade, quebra de sigilo, divulgação de dados confidenciais e discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

Será assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, antes, durante e depois da sua participação. Serão tomadas medidas para minimizar os riscos e desconfortos como: garantir local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, estar atento a sinais verbais e não verbais de desconforto, garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco, danos à saúde do participante da pesquisa ou quando desejado por ele. Asseguraremos a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Este estudo se dará em ambiente virtual, existindo o risco de compartilhamento de informações ou da sua imagem, por isso os dados coletados serão utilizados apenas para transcrição. Uma vez concluída a coleta de dados, será realizado o download para um dispositivo eletrônico local do pesquisador, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado e/ou "nuvem".

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos para você, ao participar desta pesquisa. Porém, você contribuirá para a construção de conhecimento acerca da temática, possibilitando que intervenções sejam feitas para o fortalecimento da qualidade da assistência prestada.

Pretende-se divulgar os dados coletados e os resultados obtidos em eventos e revistas científicas, mantendo-se o sigilo e a privacidade dos sujeitos, bem como a confidencialidade das informações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de Dissertação de Mestrado do PPGENF, cujo público-alvo são enfermeiros oncologistas recrutados pela amostragem de bola de neve para se obter uma amostra o mais abrangente do ponto de vista geográfico. Os potenciais participantes serão recrutados, inicialmente, por redes sociais e lhes serão solicitadas outras indicações. Será enviado link a email ou aplicativo de mensagens contendo o convite, TCLE e parte do instrumento com caracterização da amostra e será marcado com o participante uma entrevista virtual por meio da Plataforma Google Meet; o roteiro foi inserido na Plataforma Brasil.

Quanto às pendências:

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.896.481

1. Solicita-se que constem, no consentimento (registro ou TCLE), os riscos relacionados à participação na pesquisa, bem como aqueles riscos característicos de ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação (Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 1.2.1).

ATENDIDA.

2. Solicita-se inserir, nos documentos do projeto, a garantia do pesquisador de que os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados foram obtidos (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.14).

ATENDIDA.

3. É de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Sendo assim, solicitam-se esclarecimentos acerca do armazenamento dos dados coletados no estudo, bem como quais procedimentos serão adotados para resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa (Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 3.1).

ATENDIDA.

4. Retirar a obrigatoriedade das respostas no instrumento, em respeito ao direito do participante de se recusar a responder quaisquer perguntas.

ATENDIDA.

5. Redigir de forma apropriada à compreensão dos participantes o item sobre indenização em caso de danos advindos da pesquisa no TCLE.

ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

- Folha de rosto - adequada
- TCLE - adequado
- Instrumento de coleta de dados - inserido

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.896.481

- Cronograma - atende à questão ética
- Carta de anuência - apresentada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2074016.pdf	12/02/2023 10:40:27		Aceito
Outros	CartaDeAtendimentoAsPendencias_CEP.pdf	12/02/2023 10:36:40	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_UNIRIO_2.pdf	12/02/2023 10:34:56	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNIRIO_2.pdf	12/02/2023 10:34:39	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
Outros	ICD_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA.pdf	14/01/2023 20:07:31	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_UNIRIO.pdf	14/01/2023 20:02:22	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_UNIRIO.pdf	14/01/2023 19:59:41	Thayane de Fátima da Costa Moraes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_UNIRIO.pdf	14/01/2023	Thayane de Fátima	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.896.481

Folha de Rosto	FolhaDeRosto_UNIRIO.pdf	19:52:29	da Costa Moraes	Aceito
----------------	-------------------------	----------	-----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Fevereiro de 2023

Assinado por:

ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br