

**U
N
I
P
A
R**

**UNIVERSIDADE PARANAENSE
CURSO DE ENFERMAGEM**

EDINÉIA BEZERRA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO
PROCESSO DO CUIDADO PALIATIVO AO
PACIENTE IDOSO**

GUAÍRA, PR, BRASIL

2019

EDINÉIA BEZERRA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DO
CUIDADO PALIATIVO AO PACIENTE IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Paranaense, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof.^a Ms. Marileisa Barbosa.

GUAÍRA– PR
2019

EDINÉIA BEZERRA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DO
CUIDADO PALIATIVO AO PACIENTE IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso, para a obtenção do título de Enfermeiro, apresentado em data/mês/ano pela banca examinadora constituída pelos professores e profissionais:

Marileisa Barbosa
BANCA EXAMINADORA I

Daniele Garcia
BANCA EXAMINADORA II

Meridiane Habeck Tsukada
BANCA EXAMINADORA III

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados pais, irmãos, meu esposo Elton Jhones, meus filhos e minha filha Tainara pelo incentivo pela força e principalmente pelo carinho, valeu a pena todo sofrimento hoje estamos colhendo juntas o fruto do nosso empenho! Esta vitória é nossa!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde, força e sabedoria para superar as dificuldades, não somente nestes anos como universitária mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém possa conhecer. A minha orientadora Marileisa Barbosa pela orientação, apoio, confiança e incentivos e a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação meu muito Obrigada!!

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso, está sendo apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem do Campus de Guaíra da Universidade Paranaense – UNIPAR na forma de Artigo Científico conforme regulamento específico. Este artigo está adequado as instruções para autores da revista Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar (ISSN– 1415–076X) e baseado nas Normas *ABNT–NBR-6023* as quais encontram – se em anexo.

RESUMO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DO CUIDADO PALIATIVO AO PACIENTE IDOSO

Edinéia Bezerra do Nascimento*
Marileisa Barbosa**

Sabe-se que a morte é um processo natural da vida, por outro lado, com o avanço da medicina, surgiram novas formas de prolongar a vida, por meio de tratamento supervisionado por equipe multidisciplinar, que atua de forma a minimizar o sofrimento causado pela doença em seu estágio final. O objetivo é pesquisar através da revisão de literatura, a contribuição do enfermeiro no processo do cuidado paliativo ao paciente idoso. Para tanto, a metodologia utilizada se baseia na consulta de livros, periódicos especializados e artigos científicos indexados em bancos de dados publicados no período de 2009 a 2019. Sendo assim, o resultado esperado é que este estudo possa contribuir e enriquecer o acervo literário sobre este tema e melhorar a assistência de enfermagem voltada para o paciente idoso em fase terminal. Portanto, conclui-se que entender os processos que envolvem os cuidados paliativos, bem como qual a função e contribuição do enfermeiro nesse processo.

Palavras – Chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Morte, Idoso.

*Acadêmica – Orientanda do Curso de Graduação em Enfermagem – Unipar

**Docente – Orientadora do Curso de Graduação em Enfermagem – Unipar

ABSTRACT

NURSES 'ACTION IN THE PALIATIVE CARE PROCESS FOR THE ELDERLY PATIENT

Edinéia Bezerra do Nascimento*
Marileisa Barbosa**

It is known that death is a natural process of life. On the other hand, with medical advances, new ways of prolonging life have emerged through treatment supervised by a multidisciplinary team, which acts to minimize or suffer damage. By the disease in its final stage. The objective is to use the literature review, a contribution of nurses in the palliative care process for elderly patients. Therefore, a methodology used is based on the consultation of books, specialized journals and scientific articles indexed in databases published from 2009 to 2019. Thus, the expected result is what can contribute and improve the literary collection on this subject. and improvement of nursing care for the elderly patient in the terminal phase. Therefore, it is concluded that you understand the processes that involve palliative care, as well as what is the nurse's role and contribution in this process.

Key – words: Palliative Care, Nursing, Death, Elderly.

*Acadêmica – Orientanda do Curso de Garduação em Enfermagem – Unipar

**Docente – Orientadora do Curso de Garduação em Enfermagem – Unipar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 METODOLOGIA.....	11
3 DESENVOLVIMENTO.....	12
3.1 A VELHICE E O ENVELHECIMENTO.....	12
3.2 CUIDADOS PALIATIVOS: ORIGEM E CONCEITO.....	13
3.3 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	15
3.4 MODELOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	18
4 A EFICÁCIA DO CUIDADO PALIATIVO PARA O PACIENTE IDOSO.....	20
5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO.....	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Conforme descreve Santos (2010), o envelhecimento é um processo biopsicossocial vivenciado pelo ser humano ao chegar ao último ciclo da vida. Configura-se em um período de readaptação, modificação de papéis e relações sociais, bem como, a diminuição da produtividade. Já a velhice é considerada a última fase do processo de envelhecer, reconhecida mais como um “estado de espírito” do que as alterações fisiológicas propriamente ditas.

Para Fachine e Trompieri (2012), o envelhecimento possui características heterogêneas permitindo, portanto, diversas interpretações. Dentre as destacadas pelo autor cita-se o aumento da vulnerabilidade; redução das capacidades físicas ou, por outro lado, o auge da sabedoria e serenidade. O autor destaca que a velhice é considerada o último estágio do processo de envelhecer, sendo definida por parâmetros baseados na idade psicológica do indivíduo.

Segundo GASPAR (2017), a expectativa é a de que até em 2060 haja, no país, cerca de 73,5 milhões de idosos. Diante dessa realidade, cresce a necessidade do Estado elaborar estratégias de cuidado e prevenção voltados a este segmento da sociedade.

Nesse sentido, é na área da saúde que as estratégias são elaboradas, com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde da pessoa idosa. Dados colhidos em 2015 pelo Ministério da Saúde apontam que a morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de pessoas com idade entre 30 a 69 anos corresponde a 51,6% do total de óbitos no país. São múltiplos os fatores que ocasionam os óbitos por DCNT como, por exemplo, o tabagismo, o sedentarismo, o uso de álcool, entre outros, que somados a idade avançada, causam sofrimento e afetam a qualidade de vida do idoso.

Dentre as consequências ocasionadas pelas DCNT, pode-se citar a necessidade de cuidados prolongados a que o paciente idoso passa a ser submetido, bem como dos cuidados constantes da equipe multidisciplinar para a administração dos efeitos causados pela doença em fase avançada (GASPAR, 2017).

Portanto, o profissional de enfermagem possui um papel fundamental nos cuidados paliativos ao paciente idoso, uma vez que há um acompanhamento constante, visando minimizar os efeitos que a doença ocasiona em seu estágio final. Nesse sentido, faz-se necessário compreender qual a real contribuição desse profissional para os cuidados paliativos a pessoa idosa. Em relação ao cuidado paliativo, incumbe ao enfermeiro promover o alívio do

sofrimento do paciente, preservando sua dignidade, objetivando proporcionar um tratamento de qualidade, inclusive durante o processo de morte (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011)

Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo compreender o processo do cuidado paliativo ao paciente idoso através da revisão de literatura. Para tanto, faz-se necessário entender em que consiste o cuidado paliativo e quais os modelos existentes; discorrer sobre a eficácia do cuidado paliativo para o paciente idoso; bem como, apontar o papel do profissional de enfermagem nessa forma de cuidado. Tal estudo justifica-se pela necessidade de aprofundamento no tema e a contribuição que terá para estudiosos e profissionais de áreas afins.

2 METODOLOGIA

Para que haja melhor compreensão do tema proposto e, levando em consideração os estudos já existentes acerca do assunto, a metodologia utilizada para este estudo trata-se de pesquisa bibliográfica de abordagem descritiva e caráter qualitativo.

A pesquisa bibliográfica foi baseada na consulta de livros, periódicos especializados e artigos científicos indexados em bancos de dados publicados no período de 2009 a 2019. Para isso, as principais bases de dados utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (*Scielo*), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Assim, inicialmente foi realizada uma análise de artigos publicados no período supracitado, utilizando como filtro a concepção de cuidados paliativos ao idoso e o papel do profissional de enfermagem nesse processo.

Foram utilizados artigos nacionais, publicados em revistas e periódicos como: Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Saúde em Debate, Revista de Saúde Pública.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

No Brasil, de acordo com a legislação vigente, é considerado idoso aquele cuja idade compreende 60 anos ou mais (BRASIL, 2003) Nos países desenvolvidos, a terceira idade engloba aqueles com 65 anos ou mais. Apesar de não ser um fator preciso e consistir em uma característica linear, a idade cronológica é a mais utilizada como parâmetro para a elaboração de políticas voltadas a esse segmento da população, contudo, fatores como estilo de vida, genética e condições de acesso a políticas públicas, também devem ser considerados (SANTOS, 2010).

Portanto, falar acerca do envelhecimento envolve processos biológicos, sociais e culturais que se entrelaçam, trazendo a tona questões complexas que refletem na forma como a sociedade e o Estado lidam com essa fase do ciclo da vida. Sabe-se que o aumento da expectativa de vida deu-se em decorrência de avanços tecnológicos e na medicina, bem como, na melhoria das condições de saúde, saneamento básico, trabalho, acesso à cultura, esporte e lazer. Doenças que antes eram tidas como incuráveis e, muitas vezes causavam a morte sem um diagnóstico preciso, hoje possuem tratamento e garantem a autonomia e longevidade do paciente (OMS, 2015).

Em contrapartida, nota-se que houve um declínio nas taxas de natalidade, o que faz com que a população torne-se predominantemente mais velha. No Brasil, em 1975 havia cerca de 7 milhões de idosos. Em 2002, a quantidade dobrou e a expectativa é a de que haja, em 2020, cerca de 32 milhões de idosos no país (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Diante dessa nova realidade, o Estado, materializado pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, viu-se diante do desafio de criar estratégias que visem melhorar a qualidade de vida desse público cada vez maior.

Envelhecer, do ponto de vista biológico, significa que o corpo já não se regenera como antes, os cabelos brancos aparecem, a pele se torna ressecada e quebradiça, o tônus muscular e os ossos já não são tão fortes como aos 30 anos, com isso, a mobilidade torna-se difícil e até perigosa. Ou seja, o envelhecimento está associado a danos moleculares e celulares que geram perdas nas funções biológicas do ser, ocasionando em doenças e, por último, o falecimento do indivíduo (OMS, 2015).

Nesse período da vida – ou até mesmo antes – doenças provenientes da falta de cuidados com a saúde na juventude ou em decorrência das transformações que o corpo sofre ao longo dos anos, começam a surgir. As chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As doenças crônicas correspondem a 72% das causas de mortes e estão relacionadas a múltiplos fatores. Doenças renocardiovasculares; diabetes; doenças respiratórias crônicas e câncer são elencados pelo Ministério da Saúde (2013) como as principais patologias. “São caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades” (BRASIL, 2013, p. 5). Com efeito, o agravo dessas doenças gera grandes prejuízos para a qualidade de vida da população, refletindo em internações frequentes, prejuízos para as funções neurológicas e a mobilidade do paciente.

Em relação à pessoa idosa, a incidência das doenças crônicas e suas consequências negativas, refletidas na autonomia e qualidade da sobrevivência, apontaram para a necessidade de criação de estratégias de atendimento voltadas a minimizar os agravos causados por essas doenças reduzindo assim, a frequência de internações.

O paciente que se encontra no estágio final da vida, encontra-se em um estado de fragilidade e ansiedade diante do diagnóstico da finitude de sua vida. Portanto, o sofrimento é físico e psicológico, o que exige do enfermeiro a capacidade de reconhecer as necessidades dele (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Cabe destacar que o foco deste trabalho é o de discorrer acerca dos cuidados paliativos pela ótica da enfermagem. Para tanto, faz-se necessário conhecer, brevemente, os conceitos, princípios e modelos em cuidados paliativos adotados atualmente.

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS: ORIGEM E CONCEITO

A palavra paliar é derivada do latim *pallium*, que era o nome dado ao manto que os cavaleiros usavam para se proteger, sendo esse, o significado dado a palavra paliativo, ou seja, proteger o paciente sem possibilidade de cura, buscando formas de amenizar sua dor e sofrimento (BRASIL, 2019).

A definição de cuidados paliativos deriva do termo *hospice*, que remonta ao século V, início do cristianismo pela Europa. Consistia em abrigos destinados a acolher peregrinos e viajantes que passavam por ali. Contudo, somente em 1947 é que houve alguma abordagem no sentido paliativo, em relação ao cuidado em saúde. Quem iniciou os estudos nessa área foi

à médica, enfermeira e assistente social Dame Cicely Saunders, fundadora de uma instituição voltada ao estudo, ensino e pesquisa na assistência à pacientes com câncer em estágio avançado, o *St. Christopher's Hospice*, na Inglaterra (MATSUMOTO, 2012). A partir daí, países como Estados Unidos e Canadá também começaram a adotar procedimentos voltados a minimizar a dor e sofrimento causados pelas doenças crônicas não transmissíveis.

“O movimento dos cuidados paliativos no Brasil, como filosofia de trabalho, deu-se no início na década de 1980 com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina” (FONSECA; GEOVANINI, 2013, p. 121).

O termo *hospice* é de difícil tradução, por isso a Organização Mundial da Saúde adotou o termo “cuidados paliativos”, que se referem a uma abordagem voltada a melhora de qualidade de vida do paciente e seus familiares quando a doença gera incapacidades e risco de vida. São medidas que visam prevenir e aliviar o sofrimento causado pela patologia, sejam eles de origem física, espiritual o psicossocial, tais medidas devem ser adotadas através da avaliação e tratamento precoce (OMS, 2018).

Ainda, segundo a OMS (2018) esses cuidados devem ser prestados observando-se os princípios da cobertura universal da saúde, ou seja, independente da idade, sexo ou condição econômica. Deve ser aplicado o mais breve possível, de maneira a minimizar os efeitos causados pela doença, bem como uma melhor qualidade de sobrevivência, para que o paciente viva de forma mais ativa possível, até sua morte.

Trata-se de uma forma de cuidado onde o foco da atenção é deslocado da doença para a pessoa que está doente, ou seja, leva-se em consideração sua história, o contexto familiar em que se insere e o processo de adoecimento e morte, buscando proporcionar ao paciente e seus familiares o conforto psicológico, social e espiritual.

Segundo dados da OMS (2018), cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos sendo que, 78% deles vivem em países de baixa e média renda e, desse total, aproximadamente 14% são os que recebem esses cuidados.

A grande maioria da necessidade mundial de cuidados no fim da vida está associada as doenças não transmissíveis, como câncer, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e doenças pulmonares. Em 2011, apenas 3 milhões de pessoas, aproximadamente receberam cuidados paliativos, a grande maioria, no final de sua vida (UGARTE, 2014, p. 15).

Com o aumento da população idosa e o aparecimento das doenças crônicas, cresce, também, a necessidade de criar estratégias que foquem no cuidado, na preservação de sua autonomia, acarretando em menos internações e maior qualidade de sobrevivência.

Antes de discorrer acerca dos cuidados paliativos ao paciente idoso através da enfermagem, faz-se necessário entender um pouco sobre seus fundamentos, princípios e os modelos existentes. Explicação essa que segue aos tópicos deste trabalho, com o intuito apenas de contextualizar o tema, sem esgotá-lo.

3.3 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos tomam como fundamentos éticos a centralidade na dignidade humana, fomentando a solidariedade entre o paciente e o profissional de saúde. Nesse sentido, há o compromisso em se dizer a verdade acerca do diagnóstico do paciente, possibilitando assim, que esse possa compartilhar seus medos, anseios e expectativas, dando-lhe maior qualidade aos seus dias restantes de vida, tendo como base os princípios bioéticos da autonomia, da beneficência e da não maleficência (MATSUMOTO, 2012).

Diante disso, o grande diferencial do cuidado paliativo é que ele se baseia em princípios, invés de simples protocolos. Por outro lado, orienta-se pelo tratamento modificador da doença em detrimento de um diagnóstico de impossibilidade de cura e inclui as esferas da espiritualidade e a assistência a família durante o período de luto (MATSUMOTO, 2012).

Segue abaixo princípios norteadores dos cuidados paliativos, conforme aponta Matsumoto (2012):

- **Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;** a dor é uma experiência individual e subjetiva, relacionada a mecanismos físicos, psíquicos e culturais, afetando consideravelmente a qualidade de vida do paciente. Sendo assim, não há um único método que possa ser utilizado, uma vez que esse sintoma varia de intensidade e percepção de pessoa para pessoa. Portanto, o enfermeiro possui a função de adequar meios – utilizando-se de medicamentos e outros recursos – para minimizar o desconforto causado por este sintoma.
- **Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;** este princípio deve fundamentar-se na dignidade da pessoa humana, tanto em vida, como em seu processo de morte. Ao direito de estar perto de sua família, expor o diagnóstico com clareza e veracidade, colocando o paciente no centro da ação, respeitando sua autonomia, seus valores, seu sofrimento. Nesse sentido, o enfermeiro possui o papel de dar o suporte ao paciente, quanto a seus sentimentos

e necessidades, atuando como porta-voz da equipe multidisciplinar, devido à proximidade com o paciente e sua família.

- **Não acelerar nem adiar a morte;** neste princípio centram-se os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia que, explicando de forma bem sintética, o primeiro termo pode ser descrito como o processo de apressar ou provocar a morte por estado de saúde considerado irreversível ou incurável; o segundo termo, utilizar-se de meios médicos que prolongam a morte, por vezes causando sofrimento ao paciente fora de possibilidade de cura e; o último consiste no tratamento que trabalha a aceitação da morte, empregando métodos e práticas que minimizem o sofrimento causado pela doença, mas, que respeite o curso do processo de morrer. (Barroso; Martel, 2010) Portanto, não acelerar nem adiar a morte significa estar atento as necessidades do paciente, minimizando os reflexos causados pela doença em seu estágio final, mas sem utilizar-se de métodos que apressem seu processo ou que prolonguem e causem dor e sofrimentos desnecessários.
- **Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;** o tratamento deve considerar, além dos aspectos biológicos, também, os psicológicos e espirituais. Respeitando a compreensão da visão de morte do paciente, suas crenças e desejos, dando-lhe o suporte psicológico necessário para compreender o fim da vida. Este princípio estende-se aos familiares, que vivenciam o processo de luto. Aqui é de fundamental importância a atuação da equipe multiprofissional.
- **Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;** existem diferentes modelos de cuidados paliativos – que serão melhores abordados no tópico seguinte – aplicados de acordo com o diagnóstico do paciente. Assim, formas alternativas de cuidado devem ressaltar a autonomia do sujeito, proporcionando-lhe maior qualidade aos dias de vida restantes. Em relação ao paciente idoso, vê-se que muitas vezes seu maior desejo é o de permanecer em casa, próximo aos seus familiares, sem modificar tanto a rotina. Diante disso, dentro das possibilidades, o tratamento deve considerar esses aspectos, preservando sua convivência familiar e comunitária. Sendo assim, o enfermeiro possui o papel de

dar o suporte à família, por meio de orientação, que ficará responsável pelo enfermo na maior parte do tempo.

- **Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;** quando uma pessoa adoecer, toda a família sofre as consequências que ela traz. Portanto, a equipe multiprofissional deve manter uma abordagem que considere e insira a família durante o tratamento e haja apoio no processo de luto.
- **Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;** o trabalho multiprofissional consiste na utilização de diferentes visões em prol do mesmo objetivo, mas, cada qual dentro de sua área de atuação. Nesse sentido, a equipe deve atuar de forma que o suporte se estenda aos familiares do paciente, que vivenciam os estágios da doença junto a ele.
- **Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;** significa empregar meios e métodos que auxiliem o doente e proporcionem uma melhor qualidade de vida, apesar da doença. Os profissionais devem ser capacitados para utilizar-se desses métodos, sendo que, o enfermeiro possui a função de controlar os sintomas.
- **Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;** os cuidados paliativos não devem ser aplicados somente quando a morte for iminente. Pelo contrário, devem ser encaixados de acordo com o curso da doença e diante das necessidades do paciente, de forma a atingir o propósito de minimizar o sofrimento causado pela patologia.

3.4 MODELOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Atenção domiciliar em Cuidados Paliativos:

Consiste em uma modalidade de atenção “substitutiva ou complementar” ao modelo hospitalar, centrado em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, que visa a continuidade do cuidado, integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, teve início na década de 60, contudo, ganharam maior relevância a partir de 1990, ou seja, encontra-se em expansão devido a busca pela otimização dos recursos gastos com leitos hospitalares.

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”. Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital. (BRASIL, 2012, p. 10)

Neste modelo de atenção, a Atenção Básica consiste na porta de entrada para os usuários dos serviços de saúde no âmbito do SUS e a ponte entre os demais serviços ofertados por essa Política Pública. Nessa lógica, a atenção domiciliar em cuidados paliativos é implementada por equipes multidisciplinares que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

Ambulatório de Cuidados Paliativos:

Baseia-se no modelo de consultas com especialista. Objetiva o controle dos sintomas da doença, bem como repasse de informações adequadas sobre a evolução da patologia e perspectivas de tratamento. Necessita de equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista (BRASIL, 2012).

Neste modelo de atenção, deve-se considerar “aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos, de crenças religiosas e econômicas que constituem o plano terapêutico, construído coletivamente [...]”, (VERAS; OLIVEIRA, 2018, p. 7) ou seja, é um modelo no qual o paciente não permanece internado, contudo, realiza um acompanhamento minucioso, que considera todos os aspectos essenciais para o bom andamento do tratamento.

Unidade dia de Cuidados Paliativos:

A Unidade Dia é um espaço de tratamento onde o paciente pode permanecer por determinado período realizando atividades como:

- Atividade de terapia ocupacional.
- Pequeno núcleo de reabilitação.
- Refeição supervisionada.
- Descanso do paciente em poltronas confortáveis.
- Amenidades (leitura, música, cuidados com a aparência).
- Área verde e de jardinagem, com a possibilidade de utilizar-se da presença de animais treinados (pet terapia) (MACIEL, 2012, p. 105).

Essa modalidade de atendimento pode ser conciliada com a modalidade ambulatório. Além do mais, proporciona ao cuidador domiciliar um momento de descanso.

Enfermaria de Cuidados Paliativos

A modalidade de enfermaria funciona dentro do hospital geral, com alas próprias e equipe especializada composta por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social e capelão ecumênico. Há maior flexibilidade com relação a visitas, alimentação e outras regras (MACIEL, 2012).

Grupo Consultor em Cuidados Paliativos:

Equipe de profissionais capacitados em cuidados paliativos, que presta apoio a outras equipes do hospital, não especializadas, para auxiliar na elaboração do plano de cuidado ao paciente e sua família (MACIEL, 2012).

Unidade Hospitalar Especializada em Cuidados Paliativos:

Esta modalidade corresponde a uma unidade apta a atender pacientes com demandas mais complexas. Possui ambiente um pouco diferente do hospital convencional, uma vez que conta com espaço para diferentes atividades direcionadas ao doente e sua família. Essa unidade pode atender pacientes que estão na fase final da vida ou doentes que precisam de internação prolongada. Devido à complexidade do tratamento, devem contar com médico 24 horas e realização de exames laboratoriais e outros. Esse modelo é o que mais se aproxima da definição de Hospice, permite, portanto, a prática de cuidados paliativos em sua plenitude. No Brasil, a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos é um exemplo deste modelo de cuidado (MACIEL, 2012).

Hospedarias em Cuidados Paliativos:

Esta modalidade é direcionada a pacientes que possuem condições de saúde para permanecerem em casa, mas que, por motivos diversos como falta de cuidador ou localização difícil para deslocamento, aponta para a necessidade de intervenções mais direcionadas. Essa modalidade conta com equipe multiprofissional, como as já citadas, e com médico 24 horas, bem como medicamentos e insumos necessários (MACIEL, 2012).

Após a explicitação acerca dos conceitos que englobam os cuidados paliativos, seus princípios e modelos, resta destacar qual sua eficácia para o tratamento de pessoa idosa.

4 A EFICÁCIA DO CUIDADO PALIATIVO PARA O PACIENTE IDOSO

Conforme discutido nos tópicos anteriores, o aumento da população idosa no Brasil, somada a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, ocasionou no crescimento da demanda por serviços em saúde, em especial, as internações, quando do estágio final da doença.

Diante disso, ações voltadas ao controle dos agravos da doença começaram a ser implementadas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos dias restantes de vida da pessoa idosa e diminuição de internações desnecessárias.

O sistema de saúde atua de forma fragmentada, o que dificulta o atendimento a pessoa idosa. Portanto, medidas voltadas para a promoção da saúde, prevenção e retardamento de doenças, são as que devem ser ampliadas (VERAS, 2016) Ou seja,

Um modelo contemporâneo de saúde ao idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica (VERAS, 2016, p. 888).

Um modelo de cuidado paliativo em saúde eficaz é aquele cujos níveis ultrapassam a internação, onde o idoso e sua família sintam-se acolhidos. Sendo assim, a estratégia de atenção a ele deve ser pensada considerando os diferentes graus de fragilidade do paciente. Portanto, “as etapas não podem ser absolutamente fixas, porque existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação” (VERAS, 2016, p. 891).

Segundo Maciel (2012), o plano terapêutico deve incluir dados sobre a cronologia da doença e os tratamentos realizados; a avaliação funcional e de sintomas, por meio de

consultas ambulatoriais e visitas domiciliares; exame físico, complementares e avaliação de especialista; decisões terapêuticas; impressão e prognóstico e o plano de cuidado.

Diante disso, a linha de cuidado deve ser dividida em dois níveis: maior e menor complexidade. O primeiro envolve espaços de cuidado de curta e longa duração como: o Hospital Dia; Emergência; Hospital; Unidade de Reabilitação; Instituição de Longa Permanência para Idosos. O segundo é a porta de entrada dos serviços em cuidados paliativos, iniciando pelo acolhimento, o Núcleo Integrado de Cuidado – onde são executadas ações ambulatoriais e centro de convivência – e o Ambulatório de Geriatria. Cabe ressaltar que em todas essas linhas de cuidados, a família também é considerada como ponto de apoio (VERAS, 2016).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro torna-se relevante para a eficácia do cuidado paliativo ao paciente idoso, uma vez que ele está presente em todos os espaços de atendimento em cuidados paliativos.

5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO

O enfermeiro possui a função de cuidar, estabelecendo uma relação de troca com o paciente, estando disposto a ouvi-lo e sanar as dúvidas acerca do tratamento. “Na atualidade, o cuidado é considerado como o objeto e a essência da enfermagem, construindo um processo dinâmico e planejado com base no contexto do usuário” (DOMINGUES, 2017, p. 41).

Nesse sentido, salienta-se a importância da integralidade da assistência à saúde, definida pela Lei nº 8.080/90 em seu art. 7º § II, como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Dito isso, vê-se que o enfermeiro é o profissional mais presente, quando o assunto de enfoque é o cuidado paliativo. Cabe ressaltar que ele é parte da equipe de profissionais em todos os níveis da assistência a saúde: nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, hospitais e nas modalidades de cuidados paliativos elucidadas no tópico 3.4 deste estudo. Ele é quem atua como mediador entre a família e o paciente, principalmente quando o idoso permanece em seu lar, repassando as orientações acerca dos cuidados a serem dispensados ao doente. Por outro lado, para que esse profissional possa colocar em prática o princípio da integralidade, o trabalho interdisciplinar torna-se fundamental.

A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2012, p. 24).

Além do cuidado em sua integralidade, executado por meio do trabalho multi e interdisciplinar, o enfermeiro é capaz de atuar em consonância com a visão holística do paciente, considerando seus aspectos biológicos, sociais, psicológico e espiritual, repassando as informações relevantes à equipe. Assim, a comunicação torna-se a principal ferramenta desse profissional.

A comunicação em enfermagem, empregada de forma terapêutica, permite que o profissional procure ajudar os pacientes a se adaptarem melhor às situações, identificando e atendendo suas necessidades de saúde, além de transmitir-lhe confiança, a fim de que se sintam satisfeitos e seguros, diminuindo o medo e a ansiedade, permitindo participar do seu tratamento (PETERSON; CARVALHO, 2011, p.693).

Em relação à pessoa idosa, a comunicação é fundamental, visto que eles possuem desejos, necessitam ser ouvidos, entendidos e querem estar a par do tratamento e evolução da doença. Sendo assim,

Independentemente da modalidade de atendimento – em regime de internação ou ambulatorial –, a avaliação do doente deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, as necessidades atuais e os sintomas do doente, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais discussões clínicas e a impressão a respeito da evolução e prognóstico e das expectativas com relação ao tratamento proposto (MACIEL, 2012, p. 31).

Tanto o paciente quanto a família encontram-se fragilizados pela doença e seus efeitos, portanto, cabe ao enfermeiro,

[...] estabelecer vínculo, transmitir confiança e credibilidade, procurar fazer o melhor ao paciente, administrar medicamentos prescritos, autorizar visita de familiares, posicionar o paciente da melhor maneira possível, conversar sobre assuntos não relacionados à hospitalização, orientar a paciente, oferecer apoio, manter-se ao seu lado, ouvir o paciente, dedicar-se até o final, animar o paciente, afastar-se, transmitir sentimentos positivos, envolvendo intervenções tanto de caráter técnico e prático quanto de caráter humano (PETERSON; CARVALHO, 2011, p.694).

Dessa forma, exige-se do profissional de enfermagem o preparo para lidar com situações adversas, saber administrar a dor, identificar quando essa é de ordem física ou psíquica.

Contudo, o enfermeiro encontra muitos obstáculos ao atuar com pacientes em cuidados paliativos. A começar pela graduação, onde há pouca ou nenhuma discussão sobre o tema. A

aceitação da morte é considerada outro obstáculo, visto que a medicina tem uma abordagem curativa, o que gera sentimento de impotência nos profissionais diante do diagnóstico de impossibilidade de cura. Ainda, o trabalho com idosos exige dos profissionais conhecimentos próprios da área, bem como a capacidade de manejo desses pacientes. Por fim, a falta de condições de trabalho e os baixos salários, que muitas vezes fazem com que esses profissionais tenham mais de um emprego, também são entraves a serem superados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o envelhecimento populacional é uma realidade tanto no Brasil, quanto no mundo. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento dos níveis de escolaridade entre elas, somado o poder de tomada de decisão do casal em ter ou não filhos, nota-se que os índices de natalidade declinaram ao longo das décadas. Com efeito, diante dos avanços tecnológicos, na medicina e a melhoria da qualidade de vida, acarreta no aumento da expectativa de vida populacional.

Diante disso, novas pautas passaram a ser inclusas na Agenda do Estado, dentre elas, a atenção maior voltada à melhoria das condições de vida da população idosa, através de ações de prevenção e tratamento de doenças e seus agravos sem que acarretem em internações constantes.

Para que isso ocorra, cuidado paliativo, ao ser executado, deve ser considerado em sua totalidade. Dessa forma, sua implementação deve ser iniciada quando há o diagnóstico da doença, ou seja, o mais breve possível. Ainda, para elaboração do Plano terapêutico, deve-se considerar o paciente em sua totalidade, respeitando sua autonomia, desejos e seu sofrimento.

O enfermeiro, como agente ativo no tratamento paliativo, possui a função de administrar a dor, conhecer o diagnóstico do paciente, orientar a família e dar-lhes apoio necessário, bem como repassar informações importantes para a equipe multiprofissional.

Depois de concluída esta pesquisa, nota-se que este profissional tem grande relevância para a eficácia do cuidado paliativo ao idoso, no entanto, há ainda muitos entraves para que o trabalho seja executado em sua totalidade. Portanto, para que haja avanços neste campo, faz-se necessário a ampliação da discussão sobre o tema, bem como a difusão das áreas de conhecimento para criação de estratégias de atendimento que visem melhorar as condições de sobrevivência do paciente idoso.

REFERÊNCIAS:

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; et al. AMBULATÓRIO DIDÁTICO DE CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**: São Paulo, 3 (1), 2010, p. 27-32. Disponível em:<https://sobramfa.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2014/10/2010_mai_paliativos_ambulatorio_didatico_paliativos.pdf > Acesso em: 15 ago 2019

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Final da Vida. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, nº 50, p.19-63, 2010. Disponível em:<http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_19.pdf > Acesso em: 25 set 2019.

BARRETO, Mayckel da Silva; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento Populacional e Doenças Crônicas: Reflexões Sobre os Desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, 18(1), p. 325-339, 2015. Disponível em:<<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092> > Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm > Acesso em: 25 set 2019.

BRASIL. **Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm > Acesso em: 2 out 2019.

BRASIL. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª Edição, 2013, 30p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf > Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. **ANCP E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2019. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>> Acesso em: 02 set 2019.

BRASIL. **Relações Entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016,113p. Disponível em<<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298579>> Acesso em: 02 ago 2019.

BRASIL. **Melhor em casa**: Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, vol. 1, 2012, 106p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf> Acesso em: 26 set 2019.

CARVALHAIS, Maribel; SOUZA, Liliana. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Revista Saúde Soc.:** São Paulo, v.22, n.1, p. 160-172. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n1/160-172/pt>> Acesso em: 02 ago 2019.

DOMINGUES, Katy Conceição Cataldo Muniz. **SABERES E PRÁTICAS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CÂNCER AVANÇADO NA ATENÇÃO BÁSICA.** 2017. 101 f. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/858359.pdf>> Acesso em: 02 ago 2019.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. **Revista Científica Internacional**, Ed. 20, v. 1, artigo n° 7, jan.-mar. 2012. pp. 106-194. Disponível em:<<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>> Acesso em: 2 out 2019.

FOSECA, Anelise; GEOVANINI, Fatima. Cuidados Paliativos na Formação Profissional da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica:** Rio de Janeiro, 37 (1), p. 120-125, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>> Acesso em 25 set 2019.

GASPAR, Rafael Barroso. **O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA DEFESA DA AUTONOMIA DOS IDOSOS EM TERMINALIDADE DA VIDA.** 2017. 162 f. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/861500.pdf>> Acesso em: 20/05/2019.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados:** São Paulo, vol.30, n. 888, 2016, p. 155-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_arttext> Acesso em 30 jul 2019.

KOVAC, Maria Júlia. A Caminho da Morte com Dignidade no Século XXI. **Revista Bioética:** Brasília, vol. 22, núm. 1, 2014, p. 94-104. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533264009.pdf>> Acesso em: 30 jul 2019.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos:** conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos, 2ª ed., Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ago 2012. 592p. Disponível em:<<http://200.174.123.146/protocolos/manual%20cuidados%20paliativos.pdf#page=94>> Acesso em 30 jul 2019.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Avaliação do Paciente em Cuidados Paliativos.** Manual de Cuidados Paliativos, 2ª ed., Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ago 2012. 592p. Disponível em:<<http://200.174.123.146/protocolos/manual%20cuidados%20paliativos.pdf#page=94>> Acesso em 30 jul 2019.

MENEZES, Silvia Regina Tamae; PRIEL, Margareth Rose; PEREIRA, Luciane Lucio. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm: São Paulo**, v. 45, n. 4, p. 953-958, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf>> Acesso em: 30 set 2019.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Paliativos**. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> > Acesso em: 02 ago 2019.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> > Acesso em: 2 out 2019

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHO, Emília Campos de. Comunicação Terapêutica na Enfermagem: Dificuldades para o Cuidar de Idosos com Câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, vol. 64, n. 4, jul.-ago. 2011, p. 692-697. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267021463010.pdf> > Acesso em: 30 jul 2019.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções Teórico-filosóficas Sobre Envelhecimento, Velhice, Idoso e Enfermagem Gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, vol. 63, n. 6, dez. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019463025.pdf> > Acesso em 2 out 2019.

SILVA, Amanda Ramalho; et. al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores Sociodemográficos Associados a Sintomas de Depressão em Idosos. **J Bras. Psiquiatr.** 2017;66(1), p. 45-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0045.pdf> > Acesso em 25 set 2019.

UGARTE, Olívia Albuquerque. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014. 45p. Monografia Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRS, 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/114783>> Acesso em: 20 set 2019.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: A Construção de Um Modelo de Cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 23 (6), p. 1929-1936, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt> > Acesso em 02 ago 2019.

VERAS, Renato. Linha de Cuidado para o Idoso: Detalhando o Modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**: Rio de Janeiro, vol. 19, n. 6, 2016, p. 887-895. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-00887.pdf> Acesso em: 25 set 2019.

ANEXOS

ANEXO A – REVISTA ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIPAR



Qualis: B3 em Educação Física; Enfermagem; B4 em Ciências Ambientais; Interdisciplinar; Medicina Veterinária; Saúde Coletiva; Zootecnia / Recursos Pesqueiros B5 em Biotecnologia; Medicina II; C em Biodiversidade; Ciências Biológicas II; Farmácia

ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES

I – NORMAS PARA SUBMISSÃO

A revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR publica trabalhos inéditos nas áreas das Ciências Biomédicas e da Saúde.

Os artigos podem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol e não devem ter sido submetidos a outros periódicos. Os trabalhos devem ser enviados por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas – SEER (<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/login>).

Os originais serão submetidos ao Conselho Editorial e ao Conselho de Consultores que se reserva o direito de avaliar, sugerir modificações para aprimorar o conteúdo do artigo, adotar alterações para aperfeiçoar a estrutura, clareza e redação do texto e recusar artigos. Todas as informações apresentadas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade.

II – Apresentação dos originais

Os artigos devem ser digitados, utilizando-se o programa MS-Winword 7.0, com fonte TNR 12, espaço 1,5, em folha tamanho A4, com margens de 2 cm, indicando número de página no rodapé direito. Os originais não devem exceder 25 páginas, incluindo texto, ilustrações e referências.

A primeira página deve conter o título do trabalho, nome completo do(s) autor(es), identificação profissional, endereço para correspondência, telefone e e-mail.

Na segunda página deve constar o título completo do trabalho, o resumo e as palavras-chave, em português e em inglês, omitindo-se o(s) nomes(s) do(s) autor(es).

As figuras, quadros e/ou tabelas devem ser numerados sequencialmente, apresentados no corpo do trabalho e com título apropriado. Nas figuras o título deve aparecer abaixo das mesmas e, nos quadros ou tabelas, acima. Todas as figuras devem apresentar resolução mínima de 300 dpi, com extensão .jpg.

Todas as informações contidas nos manuscritos são de inteira responsabilidade de seus autores. Todo trabalho que utilize de investigação humana e/ou pesquisa animal deve indicar a seção MATERIAL E MÉTODO, sua expressa concordância com os padrões éticos, acompanhado da cópia do certificado de aprovação de Comissão de Ética em Pesquisa registrada pela CONEP, de acordo com o recomendado pela Declaração de Helsink de 1975, revisada em 2000 e com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals), bem como o cumprimento das instruções oficiais brasileiras que regulamentam pesquisas com animais (Leis 6.638/79, 9.605/98, Decreto 24.665/34) e os princípios éticos do COBEA (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal).

III – Citações:

Todas as citações presentes no texto devem fazer parte das referências e seguir o sistema autor-data (NBR 10520, ago. 2002). Nas citações onde o sobrenome do autor estiver fora de parênteses, escrever-se-á com a primeira letra maiúscula e o restante minúscula e, quando dentro de parênteses, todas maiúsculas, da forma que segue:

1. Citação direta com até três linhas – o texto deve estar entre aspas. Ex.: Segundo Uchimura *et al.* (2004, p. 65) “o risco de morrer por câncer de cérvix uterina está aumentado a partir dos 40 anos.”

2. Citação direta com mais de 3 linhas- deve ser feito recuo de 4 cm, letra menor que o texto, sem aspas. Ex.:

O comércio de plantas medicinais e produtos fitoterápicos encontra-se em expansão em todo o mundo em razão a diversos fatores, como o alto custo dos medicamentos industrializados e a crescente aceitação da população em relação a produtos naturais. [...] grande parte da população faz uso de plantas medicinais, independentemente do nível de escolaridade ou padrão econômico. (MARTINAZO; MARTINS, 2004, p. 5)

3. Citação indireta – o nome do autor é seguido pelo ano entre parênteses. Ex.: Para Lianza (2001), as DORT frequentemente são causas de incapacidade laborativa temporária ou permanente.

4. Citação de citação – utiliza-se a expressão *apud.*, e a obra original a que o autor consultado está se referindo deve vir em nota de rodapé.

Ex.: O envelhecimento é uma realidade que movimenta diversos setores sociais (GURALNIK *et al. apud* IDE *et al.*, 2005)

5. Citação com até três autores - deve aparecer com ponto e vírgula entre os autores, exemplo: (SILVA; CAMARGO)

6. A citação com mais de três autores – deve aparecer o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

IV – REFERÊNCIAS

As REFERÊNCIAS devem ser apresentadas em ordem alfabética de sobrenome e todos os autores incluídos no texto deverão ser listados. As referências devem ser efetuadas conforme os exemplos abaixo, baseados na NBR 6023, ago. 2002. Para trabalhos com até três autores, citar o nome de todos; acima de três, citar o primeiro seguido da expressão *et al.*

Artigos

de

periódico

MORAIS, I. J.; ROSA, M. T. S.; RINALDI, W. O treinamento de força e sua eficiência como meio de prevenção da osteoporose. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 9, n. 2, p. 129-134, 2005.

OBICI, A. C. *et al.* Degree of conversion and Knoop hardness of Z250 composite using different photo-activation methods. **Polymer Testing**, v. 24, n. 7, p. 814-818, 2005.

Livros – Autor de todo o livro

BONFIGLIO, T. A.; EROZAN, Y. S. **Gynecologic cytopathology**. New York: Lippincott Raven, 1997. 550 p.

SILVA, P. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 1314 p.

Livro – Autor de capítulo dentro de seu próprio livro

SILVA, P. Modelos farmacocinéticos. *In:* _____. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 16-17.

Livro – Autor de capítulo dentro de um livro editado por outro autor principal

CIPOLLA NETO, J.; CAMPA, A. Ritmos biológicos. *In:* AIRES, M. M. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 17-19.

Teses, dissertações e monografias

OBICI, A. C. **Avaliação de propriedades físicas e mecânicas de compósitos restauradores odontológicos fotoativados por diferentes métodos**. 2003. 106 f. Tese (Doutorado em Materiais Dentários) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas, Piracicaba, 2003.

SANT'ANA, D. M. G. **Estudo morfológico e quantitativo do plexo mioentérico do colo ascendente de ratos adultos normoalimentados e submetidos à desnutrição protéica**. 1996. 30 f. Dissertação (Mestrado em Biologia Celular) - Centro de Ciências Biológicas – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 1996.

DANTAS, I. S. **Levantamento da prevalência do tabagismo entre alunos do 2o grau noturno da Escola Estadual Manoel Romão Neto do Município de Porto Rico – PR**. 1997. 28 f. Monografia (Especialização em Biologia) – Universidade Paranaense, Umuarama, 1997.

Evento como um todo (em anais, periódico e meio eletrônico)

ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E FÓRUM DE PESQUISA, 4., 2005, Umuarama. **Anais...**Umuarama: UNIPAR, 2005, 430p.

REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 20., 2003, Águas de Lindóia. **Pesquisa Odontológica Brasileira**.v. 17, 2003, 286 p. Suplemento 2.

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPE, 4., 1996, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: UFPE, 1996. Disponível em: <http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>. Acesso em: 21 jan. 1997.

Resumo de trabalho apresentado em evento

VISCONSINI, N. J. C. *et al.* Grau de translucidez de resinas compostas micro-híbridas fotopolimerizáveis: estudo piloto. *In: JORNADA ODONTOLÓGICA DA UNIPAR*, 10., 2005, Umuarama. **Anais...** Umuarama: UNIPAR, p. 8-11, 2005. CD-ROM.

OBICI, A. C. *et al.* Avaliação do grau de conversão do compósito Z250 utilizando duas técnicas de leitura e vários métodos de fotoativação. *In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA*, 20., 2003, Águas de Lindóia. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v. 17, p. 235, 2003. Suplemento 2.

Periódico on-line

KNORST, M. M.; DIENSTMANN, R.; FAGUNDES, L. P. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. **J. Pneumologia**, v. 29, n. 6, 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 10 jun. 2004.

Entidade Coletiva

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto do Câncer, Coordenação de Controle de Câncer (Pro-Onco), Divisão da Educação. **Manual de orientação para o “Dia Mundial sem Tabaco”**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 1994. 19 p.

Documentos de acesso exclusivo em meio eletrônico

JORGE, S. G. **Hepatite B**. 2005. Disponível em: http://www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm. Acesso em: 15 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Acesso em: 10 fev. 2006.

Documentos

jurídicos

BRASIL. Lei no 10216, de 6 de abril de 2001. Estabelece a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 abr. 2001.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação em outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em editor de texto Word for Windows ou RTF.
3. Todos os endereços "URL" no texto (ex: <http://www.unipar.br>) estão ativos.
4. O texto está com espaçamento 1.5, fonte Times New Roman, corpo 12; em página A4 com margens de 2 cm; empregado *itálico* ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto.
5. O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor.
6. O texto avaliado não apresenta o nome dos autores.
7. O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word.
8. O endereço eletrônico (e-mail) informado pelo Autor está ativo.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ISSN: 1982-114X

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA INGLESA**DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA INGLESA**

Eu, Maria Helena da Silva Thurmam, portadora do RG 45261980- PR, CPF 616180479-49, domiciliada na Rua Jacob Rosenberg , nº 80, em Guaíra/PR. Graduada pelo curso de Letras Português/Inglês, pela Universidade Anhanguera Declaro, para os devidos fins que procedi a verificação do Abstract de EDINEIA BEZERRA DO NASCIMENTO – R.A 00179295, graduanda do Curso de Enfermagem junto à Universidade Paranaense/UNIPAR, campus de Guaíra/PR, com o título: CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO.

Atesto que o trabalho encontra-se bem redigido, conciso e adequado, gramaticalmente correto, estando apto para o uso que a referida instituição julgue conveniente.

Guaíra/PR, 07 de outubro de 2019.




Maria Helena da Silva Thurmam
Diploma Registrado sob o Nº SRD 131665
Graduada em Letras Português/Inglês na Universidade
Anhanguera

ANEXO D- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA**DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA PORTUGUESA**

Eu, Maria Helena da Silva Thurmam, portadora do RG 45261980- PR, CPF 616180479-49, domiciliada na Rua Jacob Rosemberg , nº 80, em Guaíra/PR. Graduada pelo curso de Letras Português/Inglês, pela Universidade Anhanguera Declaro, para os devidos fins que procedi a verificação do Abstract de EDINEIA BEZERRA DO NASCIMENTO – R.A 00179295, graduanda do Curso de Enfermagem junto à Universidade Paranaense/UNIPAR, campus de Guaíra/PR, com o título: CUIDADOS PALIÁTIVOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO.

Atesto que o trabalho encontra-se bem redigido, conciso e adequado, gramaticalmente correto, estando apto para o uso que a referida instituição julgue conveniente.

Guaíra/PR, 07 de outubro de 2019.



Maria Helena da Silva Thurmam
Diploma Registrado sob o Nº SRD 131665
Graduada em Letras Português/Inglês na
Universidade Anhanguera