

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

JAMILE RODRIGUES COSME DE HOLANDA

**CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO
CIDADÃO COM NEOPLASIA CARDÍACA**

MOSSORÓ
2016

JAMILE RODRIGUES COSME DE HOLANDA

**CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO
CIDADÃO COM NEOPLASIA CARDÍACA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ
2016

JAMILE RODRIGUES COSME DE HOLANDA

**CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO
CIDADÃO COM NEOPLASIA CARDÍACA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN como exigência para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. THIAGO ENGGLE DE ARAÚJO ALVES (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Enf^a. Esp. VERUSA FERNANDES DUARTE (FACENE/RN)
MEMBRO

Enf^a. Esp. DANIELA GODEIRO CARLOS (COHM/RN)
MEMBRO

A Deus, sempre, por me proporcionar força para aproveitar as oportunidades dadas. Aos meus pais, idealizadores, deste sonho que se torna realidade. A minha filha, todas as minhas vitórias são por você.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus, pelo dom da vida, por cada dia a ser vivido e por tantas oportunidades que me ofereceu. Por me proporcionar tamanha vitória, e por me presentear com pessoas maravilhosas durante essa jornada.

Ao meu “desorientador” Thiago Enggle por saber contornar meu nervosismo e minha “brutalidade”, por acreditar em mim e pelo apoio dado. Principalmente pelas contribuições e ensinamentos compartilhados, pela ajuda na concretização de um sonho.

A minha querida Verusa Fernandes, que iluminou meu caminho em todos os momentos, tanto na faculdade quanto em minha vida, uma pessoa maravilhosa que a vida me presenteou, que me proporcionou momentos de ensinamentos que levarei por toda minha vida, torço muito por você.

Ao nosso quinteto, Antônia Larissa Macedo, Francisco Eduardo, Letícia Coelho, Samuel Freire e Suzane Oliver, a minha vida não seria a mesma sem vocês, obrigada por cada momento que vocês me proporcionaram. A Paloma Magalhães e Isabela Góes nossas farras não seriam as mesmas sem vocês. E a turma que me acolheu, apesar das intrigas vocês fizeram parte da minha trajetória.

Em especial a Isabela Góes, Samuel Wesley e Suzane Oliver, vocês tenho certeza que levarei para toda minha vida. Obrigada pelos conselhos trocados, pelas conversas e risadas dadas, pela companhia diária. Amo vocês

Ao melhor preceptor da face da terra, Francisco Jackson, pelos ensinamentos, companheirismo e amizade. A Lêda e Natália pelo acolhimento no laboratório de Semiologia. A Vanessa Camilo e demais funcionários da FACENE.

Aos meus familiares, geral e principalmente, às minhas duas mães Vera Neide e Francisca de Oliveira e meu pai Duclerc Cosme, vocês me proporcionaram a vida, foram os idealizadores deste sonho e me apoiaram sempre. Não sei o que poderia ser de mim sem vocês e minha filha Maria Cecília, que ao ser gerada, me mostrou o maior sentimento do mundo, cada noite em claro estudando foi por você e para você, meu maior amor.

Ao meu irmão Jean Cosme, por despertar em mim essa vontade de ser enfermeira, enquanto me contava suas vivências como histórias infantis. Á minha

irmã Janne Cosme por me ensinar desde pequena, pelo cuidado, pelo carinho e incentivo. A meus irmãos de criação Paulo e Fábio Oliveira por me ajudarem, ficando com Cecília para que eu pudesse estudar.

A meu esposo Cristian Holanda, por ter aturado todos os estresses, por ter me ajudado a cuidar de Cecília enquanto estudava, por me acordar todas as manhãs com um sorriso no rosto, lembrando-me dos meus horários.

Aos companheiros “pinguços” pela amizade construída e principalmente pelos momentos de descontração proporcionados. Enfim a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a percorrer esse caminho, me apoiando e incentivando para alcançar esse grande sonho. Principalmente a minha banca pelas contribuições e conhecimento repassados.

“Educação qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática”.

(Paulo Freire)

RESUMO

As neoplasias cardíacas são as patologias mais raras de todo o organismo humano, sendo muito variáveis quanto a sua forma e apresentação clínica, dessa forma dificultando o diagnóstico. Diante disso, faz-se o seguinte questionamento: quais os conhecimentos e percepção dos profissionais de saúde sobre a neoplasia cardíaca no município de Mossoró? Objetivou-se avaliar o conhecimento e percepção da equipe multiprofissional sobre neoplasia cardíaca; e como objetivos específicos identificar o conhecimento dos profissionais sobre neoplasia cardíaca; caracterizar o perfil social dessa equipe multiprofissional; conhecer a opinião da equipe multiprofissional sobre a neoplasia cardíaca; identificar o efeito da intervenção e sua contribuição na prática profissional. Trata-se de uma pesquisa descritiva com caráter exploratório e observacional de pesquisa-ação com abordagem quantitativa e qualitativa, no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró/RN (COHM), com um total de 18 profissionais de saúde atuantes. A coleta de dados foi por meio de questionário semiestruturado e de uma ação educativa desenvolvida pela pesquisadora. A análise deu-se através de conteúdo de Bardin e quantitativamente, expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem avaliados através do programa estatístico SPSS versão 22.0. Após os pressupostos paramétricos, a diferença estatística foi avaliada através do Test t e McNemar. O presente estudo foi realizado dentro dos preceitos éticos e bioéticos asseguradas pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 311/2007 do COFEN, e formalizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE conforme parecer de número 1.392.412 e CAAE: 52510716.2.0000.5179. As classes temáticas da análise foram: Conceitos sobre neoplasia cardíaca e Atuação Profissional, através destes evidenciou-se que os profissionais abrangentes na amostra obtinham um conhecimento sobre a temática de maneira geral. Entretanto, em relação a neoplasia cardíaca tal conhecimento era mínimo, visto que ela é infrequente em nossa região e há poucas publicações na língua nacional, todavia, somente dois profissionais de saúde conviveram com um cidadão com tal diagnóstico, assistindo-o de forma integral. A pesquisa demonstrou, também, que a intervenção teve resultados positivos, os quais foram evidenciados após a intervenção em saúde que eles passaram a conhecer mais a neoplasia cardíaca (incidindo de 64,7% que afirmaram saber o que é para 100% após a intervenção), as terapêuticas adequadas (somente 39,7% diziam saber quais medidas, passando para 100%) e como cuidar desse cidadão e seus familiares (passando de 60% para 94,4% considerando-se aptos para tal). Desta forma, proporcionando a construção de ideias e compartilhamento de vivências, influenciando na assistência que eles possam vir a prestar a um cidadão com neoplasia cardíaca. Logo, percebeu-se que tanto o trabalho em equipe humanizado e multidisciplinar é muito importante para o processo de cuidar, quanto à educação em saúde, pois ambos contribuem positivamente para o prognóstico desse cidadão.

DESCRITORES: Enfermagem. Assistência Integral à Saúde. Neoplasia. Coração.

ABSTRACT

Cardiac neoplasia is the rarest disease of the body. Due to its variable form and clinical presentations their diagnoses still a challenge. Therefore, there would be a question: what are the knowledge and perception of health professionals about cardiac neoplasm in Mossoró? The aim of this work was to evaluate the knowledge and perception of the multidisciplinary team about cardiac neoplasm and also identify the knowledge of these professionals about heart neoplasia, characterize the social profile of the multi-professional team, to understand their opinion, to recognize the benefits of an intervention and its contribution to professional practice. This is a descriptive research with exploratory and observational action research with quantitative and qualitative approach, the Cancer Center and Hematology Mossoro/RN (COHM), with a total of 18 active health professionals. Data collection was done using a semi-structured questionnaire and through an educational program developed by the researcher. The analysis was done through Bardin content and quantitatively expressed as mean and standard deviation, as well as minimum, maximum, simple frequency and percentage evaluated using the statistical program SPSS version 22.0. The analysis was done through Bardin content and quantitatively expressed as mean and standard deviation, as well as minimum, maximum, simple frequency and percentage evaluated using the statistical program SPSS version 22.0. Considering the parametric assumptions, the statistical difference was evaluated using the T test and McNemar. This study was conducted within the ethical and bioethical principles guaranteed by the resolutions 466/2012 of the National Health Council, 311/2007 COFEN, and formalized by the Ethics Committee in FACENE Research as reported number 1392412 and CAAE: 52510716.2.0000.5179. The thematic classes of the analysis were: definition of heart cancer and Professional Practice. Data showed that studied professionals obtained knowledge from general practice. However, there is a minimal understanding about cardiac neoplasm which could be associated to the low frequency of the disease in the area or the limited publications using national language. Regardless, one diagnosed patient still full assisted by two health professionals. This work also demonstrated the positive results of the intervention which showed an increase of professionals' knowledge about cardiac neoplasia (increasing from 64.7% who said they know what is to 100% after intervention), suitable therapy (only 39.7% said to know which steps, increasing to 100%) and how to assist patients and their families (from 60% to 94.4%). Thus, constructing ideas and sharing experiences can improve the service that they offer to patients with cardiac neoplasia. Consequently, it realized that the humanized team work and the multidisciplinary are really important factors for the process of care as well as health education, due to the positively contribution of both to the patients prognosis.

DESCRIPTORS: Nursing. Comprehensive Health Care. Neoplasia. Heart.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil social dos profissionais de saúde	30
Tabela 2 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós educação em saúde sobre conceitos gerais acerca de neoplasia.....	32
Tabela 3 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós educação em saúde sobre conceitos gerais acerca de neoplasia cardíaca	33
Tabela 4 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós palestra sobre a assistência aos familiares de pacientes com neoplasia cardíaca	40
Tabela 5 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós palestra sobre o trabalho em equipe ...	42
Tabela 6 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós palestra sobre cuidados paliativos	43
Tabela 7 – Valores de média \pm desvio padrão em relação ao efeito da ação educativa para a equipe multidisciplinar acerca de neoplasia cardíaca	38

LISTA DE SIGLAS

ETT – Ecografia Transtorácica

ETE – Ecografia Transesofágica

TC – Tomografia Computadorizada

RMC – Ressonância Magnética Cardíaca

ECG – Eletrocardiograma

DNA/ADN – Ácido Desoxirribonucleico

UICC – União Internacional Contra o Cancer

AJCC – American Joint Comitee on Cancer

OMS – Organização Mundial de Saúde

COHM – Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró

PIBIC – Programa Institucional de Bolsistas de Iniciação Científica

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

FACENE – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

COFEM – Conselho Federal de Enfermagem

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Problematização e Justificativa	13
1.2	Hipótese	14
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Anatomia e Fisiologia Cardíaca	16
3.2	Fisiopatologia do Câncer	17
3.3	Neoplasia Cardíaca	20
3.4	Assistência Multiprofissional ao Cidadão com Neoplasia Cardíaca	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de Pesquisa	25
4.2	Local da Pesquisa	25
4.3	População e Amostra	26
4.4	Instrumento de Coleta de Dados	27
4.5	Procedimento para a Coleta de Dados	27
4.6	Análise de Dados	28
4.7	Aspectos Éticos	29
4.8	Financiamento	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	52
	APÊNDICE A – CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA PARA POPULAÇÃO FINITA	53
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS	57
	ANEXOS	60
	ANEXO A – CERTIDÃO	61

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma denominação genética para a doença que se caracteriza pelo crescimento autônomo e desordenado das células. Atualmente é um dos problemas mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, sendo a segunda causa de óbitos no país com tendência de crescimento nos próximos anos. Por esse motivo a prevenção e controle da doença são prioridades na Agenda do Ministério da Saúde (MS) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

O Registro Hospitalar de Câncer de 2014 fez um levantamento da distribuição total de casos de neoplasias registrados na Liga Norte Riograndese Contra o Câncer, por localização entre 2006 a 2010, onde se observa um pequeno aumento de 40% de casos diagnosticados de neoplasias cardíacas (LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, 2014). Elas são as patologias mais raras de todo o organismo humano, sendo mais comuns os carcinomas secundários por tumores extracardíacos, geralmente, advindo dos pulmões ou da mama, seja por metástases a distância ou invasão direta (BEZERRA et al, 2013).

Aproximadamente 80% dos tumores cardíacos primários são histologicamente benignos, embora sejam responsáveis por complicações incapacitantes e até a morte súbita. Entretanto, com diagnóstico precoce são passíveis de dissecação cirúrgica e cura (VILELA et al, 2010).

Os 20% restantes são compreendidos pelas neoplasias primárias malignas, onde geralmente tem evolução rápida e agressiva, com grande infiltração local e metástases, obstrução e óbito. Sendo destes, os sarcomas mais predominantes com 95%, afetando principalmente o átrio direito (KARIGYO; SILVA, 2014).

As neoplasias cardíacas são muito variáveis quanto a sua forma e apresentação clínica, geralmente assintomática precocemente, dificultando o diagnóstico. Quando apresentam manifestações, normalmente são em estágios tardios com um ou mais sinais de uma tríade clássica, que compõem agravos cardíacos decorrentes da obstrução intracardíaca; sinais de embolização sistêmica; e sintomas sistêmicos ou constitucionais. (SANTOS, 2011).

As principais manifestações relacionados com sarcomas cardíacos são modificáveis e variam de sintomas específicos, tais como: derrame pericárdico com tamponamento, arritmias, disfunção valvar, anormalidades do fluxo de sangue intracardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, embolização periférica com déficits

sistêmicas, dispneia, dor torácica, síncope, hemoptise, súbita morte cardíaca; para sintomas gerais de doenças neoplásicas, como febre, mal-estar e perda de peso (AGAIMY et al, 2012). Portanto, as neoplasias cardíacas devem sempre ser considerados nos diagnósticos diferenciais em doença cardíacas distintas (DIAS et al, 2014).

Entretanto, a posição do corpo pode vir a influenciar nos sinais e sintomas de cada paciente, pois pode levar a movimentação do tumor dentro das câmaras cardíacas. Portanto, ao exame físico podem ser ouvidos sopros (diastólico ou sistólico mitral) que normalmente variam de acordo com a respiração e posição do corpo (SANTOS, 2011).

As técnicas de diagnóstico mais utilizada na avaliação de lesões cardíacas são os métodos de imagens, extremamente importantes para tal. Normalmente são um achado acidental em exames realizados por outras justificativas, pois em pacientes com neoplasia primária nesse órgão, tem-se que a localização e o tipo de células dos tumores são importantes na identificação da apresentação clínica, opções de terapia e resultados (BEZERRA et al, 2013).

Atualmente, para a suspeita de lesão cardíaca existem a Ecografia Transtorácica (ETT) usado para uma avaliação inicial, a Ecografia Transesofágica (ETE), que complementa a ETT, pois sua avaliação é mais precisa, bem como a Tomografia Computadorizada (TC), que demonstra a localização e a morfologia dessa massa, e a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC), principal exame de imagem para a caracterização das massas cardíacas, pois não utiliza radiação ionizante e possui um amplo campo de visão e alta resolução (BRAGGION-SANTOS et al, 2013).

Com os avanços tecnológicos recentes em métodos de imagem, temos a identificação mais precisa e precoce, possibilitando até mesmo o diagnóstico em fase intrauterina. Com isso e com o incremento de novas técnicas terapêuticas e menos invasivas (cirurgia robótica, por exemplo), há a possibilidade de melhores resultados, mesmo em casos de pior prognóstico (KARIGYO; SILVA, 2014).

As principais assistências a esse cidadão são relacionadas ao diagnóstico precoce, visando iniciar um tratamento o mais rápido possível. Dessa forma os cuidados vão variando de caso, normalmente são mais enfatizadas os cuidados multidisciplinar frente as reações adversas que variam de acordo com a terapêutica adotada (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

1.1 Problematização e Justificativa

Sob esse prisma, a necessidade de pesquisar sobre neoplasias surgiu a partir da raridade nas discussões desta temática durante a graduação e nas práticas integradoras. Visto que a pesquisa por algo inovador é sempre muito motivante, nasceu o interesse de conhecer sobre a neoplasia cardíaca e como seria a assistência a esses cidadãos. Dessa maneira buscamos analisar os conhecimentos destes profissionais.

Portanto, esta pesquisa justifica-se relevante tanto para a sociedade acadêmica quanto para os profissionais de saúde, pois, irá contribuir no conhecimento de informações a respeito desta temática, visto que traz inovação nas pesquisas, por existir poucas publicações científicas acerca dessa patologia e, conseqüentemente, levar esses profissionais a prestarem uma assistência mais qualificada.

Já para a sociedade de forma geral esta irá contribuir tanto em nível de informação, visto que esta possibilita uma contribuição para a melhoria da qualidade da assistência multiprofissional, quanto para a divulgação e publicação de resultados que podem gerar novos conhecimentos.

Após a contextualização da temática abordada nessa monografia, faz-se o seguinte questionamento: Quais os conhecimentos e percepção dos profissionais de saúde sobre a neoplasia cardíaca no município de Mossoró?

1.2 Hipótese

Hipótese 0: Diante do que foi apresentando, pode-se dizer que os profissionais tenham uma carência no conhecimento sobre neoplasia cardíaca ocasionando uma concepção equivocada acerca da patologia levando a um déficit na qualidade da assistência, já que a incidência de neoplasia cardíaca no município é mínima.

Hipótese 1: Acredita-se que os profissionais de saúde tenham conhecimento, mesmo que mínimo, a respeito da neoplasia cardíaca e que saibam qual a assistência seria mais adequada para esse cidadão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre neoplasia cardíaca.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil social dessa equipe multiprofissional;
- Identificar o conhecimento dos profissionais sobre neoplasia cardíaca;
- Conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a neoplasia cardíaca;
- Identificar o efeito da intervenção e sua contribuição na prática profissional;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Anatomia e Fisiologia Cardiovascular

A principal função do sistema cardiovascular é abastecer de sangue os tecidos, proporcionado a eles os nutrientes essenciais as células para o metabolismo e eliminando os produtos liberados pelo mesmo. O coração é uma espécie de “bomba” que impulsiona o sangue por uma série de vasos ou artérias sanguíneas (CONSTANZO, 2011).

Ele é um órgão muscular oco que se localiza no interior da cavidade torácica, entre os dois pulmões. O ápice (ponta do coração) está voltado para baixo, para a esquerda e para frente. Com peso médio de aproximadamente 300 gramas, variando com o tamanho e o sexo da pessoa (SILVERTHORN, 2010).

O tecido muscular que forma o coração é estriado cardíaco, o qual constitui sua camada média, o miocárdio. Este é revestido internamente por endotélio, o qual é contínuo com a camada íntima dos vasos que chegam ou saem do coração. Esta camada interna é o endocárdio. Externamente ao miocárdio, há uma serosa revestindo-o, denominada epicárdio (CONSTANZO, 2011).

A cavidade do coração é subdividida em quatro câmaras: duas à direita e duas à esquerda, formando os átrios e o ventrículos. O átrio direito se comunica com o ventrículo direito através da valva atrioventricular direita (tricúspide). O mesmo ocorre à esquerda cujo dispositivo direcionador de fluxo é a valva bicúspide. As cavidades direitas são separadas das esquerdas pelos septos interatrial e interventricular (GUYTON; HALL, 2011).

O ciclo cardíaco é composto por um período de relaxamento (diástole – período gerado pela repolarização do ventrículo, e nessa fase o coração é preenchido de sangue); e um período de contração (sístole – gerado pela despolarização do ventrículo, e nessa fase o sangue é ejetado para as circulações) (BERNE et al, 2004).

O átrio e o ventrículo direitos, através das veias cavas superior e inferior, respectivamente, recebem o sangue venoso do corpo (com baixa pressão de oxigênio e alta pressão de dióxido de carbono), enviando para ser oxigenado nos pulmões através da artéria pulmonar. Já o átrio e ventrículo esquerdos recebem

através da veia pulmonar o sangue oxigenado para ser distribuído para todo o corpo através da artéria aorta (SILVERTHORN, 2010).

A grande circulação, ou circuito sistêmico, é a designação dada à ao trajeto do sangue que se inicia no ventrículo esquerdo → artéria aorta → tecidos → terminando no átrio direito. Já a pequena circulação, é quando o sangue venoso que se encontra no ventrículo direito vai para as artérias pulmonares dirigindo-se para os pulmões percorrendo os capilares pulmonares, nas quais se realiza a hematose, e volta ao coração através das veias pulmonares, entrando no átrio esquerdo, daí vai para o ventrículo esquerdo passando para a circulação sistêmica (DANGELO; FANTTINI, 2007).

O coração possui um sistema elétrico que tem por função (1) gerar impulsos elétricos rítmicos que causam a contração do miocárdio e (2) conduzi-los rapidamente por toda sua extensão. São controlados por potenciais de ação, que são: Canais rápidos de Sódio; Canais lentos de Sódio e Cálcio e Canais de Potássio (GUYNTON; HALL, 2011).

Esse ciclo é composto por três fases, são elas: a despolarização (que é a primeira fase do potencial de ação), o mesmo normalmente negativo presente no interior da fibra se inverte, ficando levemente positivo no interior e negativo no exterior, ocasionando a contração do músculo; a segunda fase deste é a repolarização a qual a fibra volta a ser negativa levando ao preparo do coração para uma nova contração; e por fim tem-se a fase de repouso que é o retorno das condições normais de repouso encontrado antes da fibra ser excitada (BERNE et al, 2004).

A despolarização, normalmente, é gerada inicialmente no nodo sinoatrial e conduzido por todo o miocárdio, e representados por ondas no eletrocardiograma (ECG): onda P que representa o início do nodo sinoatrial e a despolarização atrial seguido de uma contração; o complexo QRS que representa a despolarização ventricular e ao mesmo tempo a repolarização atrial; e a onda T que é a repolarização ventricular, quando suas fibras começam a relaxar (GUYNTON; HALL, 2011).

3.2 Fisiopatologia do Câncer

O câncer está entre as doenças mais temidas da história da humanidade, sendo por muito tempo considerado como uma doença de nações desenvolvidas. Ultimamente, percebe-se que ele ganhou uma dimensão maior, passando a ser mais presente em países em desenvolvimento, principalmente os que têm poucos e médios recursos, portanto, convertendo-se em problema de saúde pública (NICOLUSSI, 2012).

Caracterizada como um crescimento celular autônomo, causados em sua maioria por mutações genéticas que controlam a mitose celular, sendo estes chamados de oncogenes, estando dois ou mais presentes na célula para que ela se forme cancerosa (DANGELO; FANTTINI, 2007).

A carcinogênese ou oncogênese é o processo de formação que acontece lentamente para que uma célula neoplásica se prolifere e dê origem a um tumor visível, sendo determinado pela exposição a agentes cancerígenos em dada frequência e período de tempo. É composta por três estágios: (1) iniciação, no qual os genes sofrem ação dos agentes carcinogênicos; (2) promoção, os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; (3) progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Autores reforçam que é um processo patológico independente da sua localização, começa quando a célula é transformada por mutação genética do Ácido Desoxirribonucleico (ADN ou DNA) celular, originando um clone da célula normal que se prolifera de maneira desordenada, adquirindo características invasivas, podendo infiltrar tecidos circunvizinhos, e sistemas linfáticos e sanguíneos que a levam para outros lugares do corpo (também conhecido como metástases, que é a disseminação para outras áreas do corpo) (ROSAS et al, 2013).

Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento, anormalidade no crescimento celular, acarretando transtornos funcionais, podendo ser ou não controladas. No primeiro tem-se um aumento localizado e autolimitado causado por estímulos normais ou patológicos (podendo ser de origem física, química ou biológica), em que as células vão apresentar pequenas alterações na sua forma ou função, sendo o efeito reversível após o término do estímulo. Já para o progresso desordenado tem-se que a autonomia da célula persiste de maneira excessiva após o fim dessa excitação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

O crescimento celular normal acontece em resposta às necessidades específicas do corpo, sendo um processo controlado, que envolve o aumento da massa celular, a duplicação do ADN (divisão da célula mãe em duas células filhas idênticas), pelo processo de mitose, processados através de fases conhecidas como, G1-S-G2-M, que compõem o ciclo celular (ROSAS et al, 2013).

O ciclo celular é uma série de eventos que prepara uma célula para a divisão. Esse processo é chamado de mitose e compreendido de quatro estágios, são eles: S, que é a replicação do ADN; M é a fase em que ocorre a divisão celular, levando uma célula-mãe originar duas ou quatro células-filhas; as fases G1 e G2 são as interfaces entre essas duas fases (LODISH et al, 2014).

Independente da fase em que o câncer seja diagnosticado, ele deve ser classificado de acordo com sua extensão anatômica e a profundidade na túnica dos órgãos. Tal processo é conhecido como estadiamento que é medida em centímetros, sendo um dos pilares fundamentais para o tratamento da neoplasia. Atualmente, usa-se um sistema preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e pela American Joint Comitee on Cancer (AJCC) (SIMÕES; GAMA; WINHESKI, 2008).

Esse sistema é o TNM de Classificações de Tumores Malignos que leva em consideração as características do tumor primário (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença (M1) ou ausência de metástases (M0), geralmente nas respectivas graduações de T0 a T4; N0 a N3 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Quando três ou mais sintomas concomitantes estão relacionados uns com os outros e estes não compartilham a mesma etiologia, podem ser definidos como *clusters* de sintomas. Atualmente estudos demonstram que passou a ocorrer um padrão de agrupamentos para o diagnóstico. Já o tratamento do câncer pode se dar de várias modalidades, entre as principais têm-se cirurgia, radioterapia, quimioterapia e a terapia de agentes biológicos como hormônios, anticorpos ou fatores de crescimento, combinados ou não, e seu tratamento pode acarretar em sintomas diversos como náuseas, vômito, fadiga, insônia e outros (BOEIRA et al, 2014).

Atualmente, o mais adequado tratamento para um cidadão com câncer é integrando todos os serviços assistenciais que o mesmo e seus familiares venham precisar. Devendo estes iniciar pelo diagnóstico e estadiamento da neoplasia,

passando pelas três tipos possíveis de seu tratamento oncológico, ou seja, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e completam-se com a reabilitação do paciente ou com os cuidados paliativos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

3.3 Neoplasia Cardíaca

As neoplasias cardíacas podem ser benignas ou malignas, que se originam dos tecidos cardíacos podendo ser do endocárdio, miocárdio ou pericárdio, muitas vezes assintomático e com uma incidência variando de 0,0017% a 0,28%. Eles classificam-se como primárias ou metastáticas (estes também chamados secundários), onde 80% dos casos de tumores cardíacos são benignos (KARIGYO;SILVA, 2014).

Dentre os tumores cardíacos benignos temos os mixomas, linfomas, rabdomiomas, fibromas, fibroelastomas papilares, lipomas e hemangiomas, sendo mais comum o mixoma, e os fibromas o segundo tipo de neoplasia mais presente em crianças e adolescentes. Geralmente eles evoluem assintomáticos e quando sintomáticos causam febre, dispneia, dores e outros variando de uma massa para a outra, que se não tratadas podem evoluir com sérias complicações e até mesmo o óbito. E normalmente seu tratamento curativo dá-se por meio de ressecção cirúrgica (BRAGGION-SANTOS et al, 2013).

Já para as neoplasias malignas têm-se os sarcomas de tecidos moles, que são os: angiossarcoma, fibrossarcoma, rabdomiossarcoma e mesotelioma. Mais frequentemente temos os angiossarcoma e o mesotelioma (associados com a exposição ao amianto através de mecanismos que não são totalmente compreendidos). Geralmente são raros e extremamente agressivos, levando rapidamente ao óbito. Possuem um prognóstico pobre, com sobrevida global que varia de 6 a 12 meses a depender da data do diagnóstico, apresentando sintomas insidiosos e acometendo, principalmente, usuários com idade jovem e do sexo masculino (3:1). Normalmente apresenta-se como uma massa localizada ou difusa (SEGERS et al, 2013).

Apesar das diferenças, as neoplasias cardíacas apresentam sintomas comuns entre si, que são:

- Sintomas Cardíacos e Sinais Recorrentes da Obstrução Intracardíaca: depende do tamanho dos tumores e os locais em que se desenvolvem,

podendo dificultar o fluxo sanguíneo pelas valvas atrioventriculares e mimetizar estenoses valvares, e/ou ocasionar obstruções às vias de saída, cursando com sintomas do tipo dor torácica, dispneia ou síncope (KARIGYO; SILVA, 2014).

- Sinais de Embolizações Sistêmicas: podem surgir dos próprios tumores ou de trombos em suas adjacências, e dependendo de sua origem pode-se gerar unidades menores e múltiplos que podem ocasionar vasculites ou endocardites, enquanto os maiores podem evoluir com eventos oclusivos, como o acidente vascular cerebral ou enfarte agudo do miocárdio (SANTOS, 2011).
- Sintomas Sistêmicos ou Constitucionais: são ocasionados pela infiltração do tecido tumoral no miocárdio e nas vias de condução, geralmente ocasionado pelas neoplasias malignas, causando arritmias cardíacas, bloqueio do ritmo e derrame no pericárdio, podendo levar a um tamponamento cardíaco e morte súbita (KARIGYO; SILVA, 2014).

Esses tumores normalmente respondem mal aos tratamentos atualmente disponíveis, incluindo a terapia combinada. Normalmente, a terapêutica de escolha é a combinação de ressecção cirúrgica e reconstrução cardíaca (melhor resultado em longo prazo) com quimioterapia ou radioterapia. Entretanto, a cirurgia é mais uma estratégia paliativa que curativa, visto que os sarcomas não são totalmente ressecáveis devido ao seu grande tamanho (geralmente sem limites bem delimitados), crescimento infiltrativo e localização anatômica (AGAIMY et al, 2012).

A precisão do diagnóstico por imagem cardíaca depende do grau de qualidade de imagem e um protocolo abrangente. Devido a isso, os meios utilizados para tal vêm evoluindo tecnologicamente (BRAGGION-SANTOS et al, 2013). A radiografia de tórax pode mostrar lesões cardíacas grandes sob a forma de alargamento da silhueta cardíaca ou alargamento do mediastino. Fibromas cardíacos podem mostrar calcificações no raios-X (SANTOS, 2011).

O ETT permite avaliar a localização, tamanho, forma, aderências e mobilidade do tumor, além de identificar o envolvimento das válvulas e sua competência, função ventricular, espessamento pericárdico e massas intracavitárias, interferindo com o fluxo de sangue. As lesões nas cavidades cardíacas são visualizadas com elevada precisão, com uma taxa de detecção de 95,2%. O ETE pode ajudar em casos de

dúvida, quando as imagens do ETT são de má qualidade e deve ser feito antes da ressecção cirúrgica (SANTOS, 2011).

A TC com contraste é um bom meio de imagem com um alto grau de resolução e ajuda na caracterização do tumor, pois demonstra a localização e a morfologia dessa massa. Embora os tumores cardíacos sejam geralmente diagnosticados pela ecocardiografia ou TC, a RMC é um meio de imagem não invasivo superior em vários aspectos. Pois, esta fornece maior qualidade de imagem na localização do tumor, permite a diferenciação morfológica entre o tumor e tecidos adjacentes e os efeitos sobre estes, permitindo ainda a avaliação de características sugestivas de malignidade (que são a presença de áreas necróticas centrais e por não demonstrarem captação a alguns tipos de contrastes como o gadolínio nas sequencias de perfusão e de realce tardio). Outras características sugestivas de malignidade bem demonstradas pela RMC incluem: envolvimento de mais de uma câmara cardíaca, se o tumor está aderido ao coração através de uma base larga, extensão extracardíaca e presença de derrame pericárdico (BEZERRA et al, 2013).

3.4 Assistência Multiprofissional ao Cidadão com Neoplasia Cardíaca

Diante da complexidade multiprofissional que permeia o diagnóstico de câncer, tem-se que a equipe deve buscar diminuir a ansiedade e o medo frente ao tratamento de câncer, permeado pela humanização. Muitos relatam que raramente possuem autonomia na tomada de decisão nesse processo de adoecimento, portanto, ressalta-se que todas as orientações prestadas a esse cidadão devem ter o sentido de abranger os aspectos relacionados à qualidade de vida do mesmo, devendo respeitar e atender seu posicionamento quanto à patologia (SILVA; LEÃO; SILVA, 2014).

Nesse meio, o médico aparece como o comunicador de más notícias, ou seja, ele é o confirmador do diagnóstico de câncer, que atualmente o mesmo faz isso de maneira robotizada. Com relação a essa comunicação, deve-se pensar no cidadão como um todo, um ser que tem sentimento, uma vida e que dependendo da forma que essa notícia for dada, ela pode afetar essa pessoa emocionalmente, podendo esta repercutir negativamente no processo de tratamento e recuperação (NASCIMENTO et al, 2014).

Deve-se levar em consideração que essa doença pode afetar, em alguns casos, mais os familiares ou amigos do que até mesmo o próprio cidadão. Diante desse contexto, percebe-se que o foco deve ser ampliando como apoio psicológico aos familiares e amigos também, visto que podem influenciar no avanço da neoplasia (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Quanto à equipe de enfermagem, já que tem um contato maior com o cidadão e seus familiares, tornou-se automático somente ao repasse de informações, quando na verdade ele deve tornar esse momento mais tranquilo, retirando as dúvidas que surjam de maneira mais humanizada e individualizada, além de reduzir fatores estressores, ajudá-lo a prevenir e superar depressões e anseios agindo como incentivador de práticas humanizadas (NASCIMENTO et al, 2014).

Dessa forma, os autores supracitados, traz que é importante consolidar a criação de um plano de cuidados focalizado, o que repercute positivamente na recuperação desse cidadão e conseqüentemente dos familiares. Devendo a enfermagem atender à necessidade biopsicossocial dele, tornando o período de internação um momento agradável, garantindo a estabilidade biológica e emocional dele e seus familiares.

Embora cada profissional tenha seu papel bem definido, a abordagem multidisciplinar deve ser obrigatoriamente envolvida, sendo essa investida mais efetiva do que a sucessão de intervenções isoladas. Dependendo também do apoio familiar e uma estrutura hospitalar especialmente preparada para confirmar o diagnóstico, realizar o estadiamento, promover o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Já para pacientes fora de possibilidades de cura, têm-se os Cuidados Paliativos, que surgiram a partir do movimento Hóspice, por Cicely Saunders, o qual é definido como um cuidado tanto para pacientes sem perspectiva de cura, como também para seus familiares, promovendo qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento (VASQUES et al, 2013). Possuindo dois elementos fundamentais: O primeiro refere-se ao alívio da dor e dos sintomas das manifestações clínicas, já em fase avançada da doença, e o segundo relacionado às questões sociais, psicológicas e espirituais, tanto do cidadão, quanto de sua família (MACHADO et al, 2014).

A comunicação eficaz é considerada instrumento fundamental para o cuidado integral e humanizado, pois, por meio dela, é possível conhecer e acolher as

necessidades do cidadão. Quando a equipe multidisciplinar utiliza a comunicação de forma verbal e não verbal, proporciona ao paciente participar das escolhas e dos cuidados específicos relacionados à sua doença, visando à obtenção de tratamento digno (FRANÇA, 2013).

Normalmente essa assistência inicia-se pela explicação do diagnóstico e tipo de tratamento ao paciente e familiar. Geralmente associa-se a quimioterapia mais a radioterapia pré-procedimento cirúrgico, e após a mesma é mantido por tempo variando de caso para caso. Sendo as reações mais comuns desses tratamentos a alopecia, problemas de pele, náuseas, vômitos, perda de peso entre outros, fazendo-se necessário o acompanhamento com nutricionista, psicólogo, assistente social e toda a equipe médica e de enfermagem (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Atualmente são utilizadas três tipos de terapias alternativas em oncologia, são elas: (1) Fitoterapia – o uso de fitoterápicos, principalmente de cremes a base de Aloe Vera em paciente que fazem radioterapia tem mostrado efeito nas feridas dérmicas causadas pelo tratamento. (2) Homeopatia tem seu uso reduzido, pois tem poucas pesquisas a respeito, e baseia-se na teoria que semelhante pelo semelhante se cura; (3) Reike – reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por potencializar o efeito de alguns tratamentos, principalmente da quimioterapia (JACONODINO; AMESTOY; THOFEHRN, 2008).

As principais medidas de enfermagem baseiam-se na prevenção e o controle da neoplasia. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), também é muito importante, pois, é a partir dela é que se fazem os diagnósticos de enfermagem e um plano de intervenção para o cidadão. Além de que é o principal mediador do cuidado paliativo (AGUIAR; SILVA, 2012).

As medidas de controle são compreendidas em prevenção de efeitos adversos das terapêuticas escolhida, tanto ao cidadão quanto para os familiares. baseadas no respeito e conhecimento dos valores da pessoa que está sendo cuidada, tendo uma relação dinâmica que busca promover o que há de saudável, proporcionando medida de conforto (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva com caráter exploratório e observacional de pesquisa-ação com abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Gil (2010, p. 30), a pesquisa descritiva tem por principal objetivo enumerar as características de determinada população ou estabelecer relações entre as variáveis.

Segundo o autor supracitado, destaca-se que a pesquisa exploratória desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, ressaltando algumas finalidades primordiais, como: proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar, facilitar a delimitação do tema de pesquisa, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses, ou descobrir um novo tipo de enfoque sobre o assunto.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa de campo onde o pesquisador é envolvido na pesquisa. É uma forma de investigação-ação coletiva e orientada em função da resolução de um problema ou de objeto de transformação submetida a observação, reflexão e mudança (SILVA et al., 2011).

A descrição e delimitação da população base, ou seja, dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, faz parte da pesquisa quantitativa, de acordo com Figueiredo (2010) “associa análise estatística a investigação dos significados das relações humanas privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado facilitando desta forma a interpretação dos dados obtidos”.

Já em relação à abordagem qualitativa temos que há uma relação entre o mundo real e a subjetividade do sujeito que não requer técnicas estatísticas, ou seja, o ambiente natural é fonte direta para a coleta de dados, sendo que esse tipo de pesquisa preocupa-se muito mais com o processo que o produto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Local da Pesquisa

O local da pesquisa foi o Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró/RN (COHM), situado à Praça Cônego Estevam Dantas, 238, bairro Santo Antônio. O

mesmo foi fundado em 1º de dezembro de 1995, com a missão de desempenhar ações em prol da assistência à saúde de pacientes oncológicos e hematológicos, valorizando os princípios de humanização no atendimento e otimização dos resultados primando pela contínua melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ, 2006).

Ele atende a população local, bem como os demais municípios da mesorregião do Oeste Potiguar, contemplando convênios e particulares. Sendo um hospital de alta complexidade, composto por ambulatorial, pediatria, centro cirúrgico, internamento, diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, unidade de terapia intensiva, quimioterapia, radioterapia e departamento de ensino e pesquisa (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ, 2006).

Ainda contempla desde 2008 o Programa de Iniciação Científica, estruturado pelo (1) Programa Institucional de Educação Permanente; (2) Programa de Estágio não Obrigatório e (3) Programa Institucional de Bolsistas de Iniciação Científica (PIBIC) pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ, 2006).

Portanto a escolha desse local se deu pelo fato da instituição ser o centro de referência para prestação de serviços médicos hospitalares de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças onco-hematológicas no município Mossoró-RN pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3 População e Amostra

Para Richardson et al (2010), população é qualquer conjunto de elementos que possuem determinadas características em comum. Geralmente, referem-se à população todos os habitantes de um determinado lugar. Levando para a estatística, a população é um conjunto de indivíduos que trabalham no mesmo local, ou todos os alunos matriculados em determinada instituição, ou mesmo todos os eletrodomésticos de uma determinada fábrica. A população atual do local da pesquisa é constituída de 101 profissionais de saúde (equipe médica e de enfermagem).

Já a amostra, é definida como o subconjunto de uma determinada população, ou seja, é a quantidade de indivíduos que será retirado da população para realizar o estudo em questão (MOURÃO JÚNIOR, 2009). Tomando como base esses

conceitos, a população do estudo foi composta por todos os profissionais atuantes na COHM, de acordo com o setor de Recursos Humanos do mesmo e a amostra obtida através de fórmula para amostras finitas de acordo com Medronho (2008) seria constituída por 81 profissionais de saúde, sendo o cálculo da mesma no Apêndice A. Entretanto a amostra foi constituída por 18 profissionais de saúde, devido a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a redução do quadro de funcionários no local da pesquisa durante a coleta de dados.

Os profissionais se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde atuante na área oncológica há pelo menos 01 (um) ano; estar em exercício de suas atividades profissionais e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que encontra-se no Apêndice B. E os critérios de exclusão são: não querer fazer parte da pesquisa voluntariamente ou não poder comparecer a ação.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Foi por meio de questionário semiestruturado (Apêndice C) e de uma ação educativa desenvolvida pela pesquisadora, em horário programado com os participantes. Segundo Gil (2009, p. 121), o questionário é uma técnica de investigação composta por uma série de perguntas ordenadas que foram respondidas por escrito. Sendo o questionário respondido antes e durante a ação para que possamos comparar os conhecimentos dos profissionais de saúde.

O questionário foi compreendido por três etapas, a primeira foi para a caracterização do perfil social da amostra dessa pesquisa; a segunda e terceira partes foram dados referentes às informações sobre a temática deste projeto, sendo, respectivamente, para a análise de dados quantitativos e qualitativos.

4.5 Procedimentos para a Coleta de Dados

A coleta de dados foi formalizada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE). O projeto foi enviado ao CEP depois da aprovação deste pela banca examinadora no mês de dezembro de 2015. O procedimento de coleta de dados iniciou-se de março a abril de 2016.

O questionário foi aplicado em dois momentos, antes e após a atividade educativa que foi realizada nos horários extraclasse da pesquisadora associado combinando o mesmo com os participantes da pesquisa. A pesquisadora estabeleceu uma conversação amistosa, explicando a finalidade da pesquisa, seu objetivo, relevância e ressaltando a necessidade de sua colaboração. Também é importante manter a confiança com o entrevistado, assegurando-lhe que a pesquisa será de caráter confidencial quanto as informações fornecidas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A ação educativa foi realizada através de uma atividade educativa em local apropriado, definido com os participantes da pesquisa, sendo abordada a temática deste, de acordo com os pressupostos desta pesquisa.

4.6 Análise de Dados

A análise deu-se através de questionário semiestruturado que foi respondido pelos participantes da pesquisa. Em seguida, os dados foram agrupados para construção da estatística e da análise de dados qualitativos.

O questionário sobre Neoplasia Cardíaca foi aplicado aos profissionais de saúde do COHM, sendo o mesmo aplicado em duplicada (antes e após a atividade educativa), com a finalidade de averiguar a eficácia da ação educativa. Cada pergunta respondida do instrumento de forma correta foi atribuída um valor (escore = 1,0), tomando como base respostas discursivas e confrontando com a literatura existente, dando um total de 20 pontos.

Na abordagem quantitativa, os dados foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem através do programa estatístico SPSS versão 22.0. Após análise dos pressupostos paramétricos, diferenças estatísticas dos escores de questionários antes e após intervenção foram obtidas por Wilcoxon. Já para os dados categóricos, diferença das respostas foram obtidas por McNemar. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados, portanto, considera-se que exista um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

Geralmente os dados coletados nessa pesquisa são descritivos e sua análise ocorre de maneira indutiva (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Para tal foi empregada o método da Análise de Conteúdo, que Bardin (2010, p. 44), define como sendo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ou seja, é uma técnica de pesquisa fundamentada na descrição objetiva, sistemática e qualitativa, permitindo que o analista infira sobre dados de um determinado contexto. Assim, a análise de conteúdo consiste em explicar as ideias das mensagens ou expressão destas, onde o analista criará categorias para analisar as falas em questão dos sujeitos participantes da pesquisa, visando buscar a resolutividade do problema, almejando a fundamentação na sua interpretação final (BARDIN, 2010).

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa/PB, através da Plataforma Brasil com o parecer de número: 1.392.412, protocolo 05/2016 e CAAE: 52510716.2.0000.5179 (ANEXO 1).

Nesta pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2012).

Bem como, a Resolução COFEN, n°. 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

A pesquisa apresentou riscos mínimos como constrangimento durante a aplicação do questionário por ser respondido coletivamente e da ação realizada, por dúvidas que surgiram, porém os benefícios superaram os malefícios. Sendo a

contribuição que esses profissionais concederam para esse estudo, aprimorada nas práticas assistenciais a esses cidadãos.

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada e que a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró disponibilizou o acervo da biblioteca, orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISES E DISCUSÕES DOS DADOS

Este estudo foi realizado com os profissionais de saúde do COHM, instituição que atende os cidadãos acometidos com neoplasias, pelo SUS na cidade de Mossoró e região. Inicialmente a amostra era composta por 81 profissionais. Entretanto durante a coleta de dados, houve uma redução devido à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a diminuição no quadro de funcionários.

Portanto, ao total participaram da pesquisa 18 profissionais de saúde, os quais 16,7% (03) eram médicos, 44,4% (08) enfermeiros e 38,9% (07) técnicos de enfermagem, sendo destes 61,1% (11) do sexo feminino. Com idade média de 31,5 anos (desvio-padrão=6,6), com tempo de graduação de 6 anos (desvio-padrão=3,0), tempo de atuação profissional na área de 7,13 anos (desvio-padrão=5,43) e 90,9% com pós graduação lato sensu. Como descrita a seguir na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização do perfil social dos profissionais de saúde (n=18 profissionais de saúde). Mossoró, mar./abr., 2016.

Variável	Freq.	%
Gênero		
Masculino	07	38,9
Feminino	11	61,1
Estado civil		
Solteiro	05	27,8
Casado	12	66,7
Outros	01	5,6
Ocupação		
Médico	03	16,7
Enfermeiro	08	44,4
Técnico	07	38,9
Idade		
Média ± desvio padrão	31,5 ± 6,6	
Mínimo – Máximo	22 – 48	
Tempo de graduação (anos)		
Média ± desvio padrão	6,0 ± 3,0	
Mínimo – Máximo	1,0 – 12,0	

Tempo de atuação na área (anos)

Média ± desvio padrão	7,13 ± 5,43
Mínimo – Máximo	2,5 – 20

Pós graduação

Especialização	10	90,9
Mestrado	01	9,1
Doutorado	0	0,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

As falas dos sujeitos da pesquisa originaram a Análise de Conteúdo de Bardin, construídas a partir das declarações que obtiveram maior frequência, ao qual foram identificadas duas classes temáticas: I. Conceitos sobre Neoplasia Cardíaca (CNC) e II. Atuação Profissional (AP). Destas, a primeira, com duas categorias e uma subcategoria, e a segunda, com quatro categorias, três subcategorias (Tabela 2). Sendo por motivos éticos, os participantes da pesquisa identificados de Profissionais de Saúde enumerados de 1 a 18.

Quadro 1 – Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e suas respectivas frequências. Mossoró-RN, 2016.

Classes Temáticas	Categorias	Subcategorias
I - Compreensão sobre Neoplasia Cardíaca (CNC).	1. Conceitos (C) 2. Doença rara (DR)	1.1.1 Neoplasia maligna ou benigna (NMB)
II – Atuação Profissional (AP).	1. Assistência multiprofissional (AM) 2. Abordagens terapêuticas (AT)	1.1 Condutas 1.2 Assistências Psicológicas (AP) 1.3 Trabalho em equipe (TE)

	3. Sem vivência ou conhecimento (SVC)	
--	---------------------------------------	--

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Com base na exploração do material expresso pelos sujeitos da pesquisa foi possível definir as Unidades de Registro (UR), aos quais foram categorizados por semelhança, divididos em categorias temáticas. Associados a análise e discussão, na abordagem quantitativa, o conhecimento dos profissionais de saúde a cerca de Neoplasia Cardíaca, no que se refere aos resultados antes e após a ação educativa. Sendo os valores de $p < 0,05$ tem significância estatística, portanto, só foram analisadas as questões que obtiveram valor de $p < 0,05$, adotando assim segurança estatística para análise de resultados.

Em relação ao conhecimento sobre os conceitos gerais acerca de neoplasia, pode-se observar que existia um conhecimento prévio dos participantes da pesquisa sobre o conceito e as principais formas de tratamentos, visto que antes da palestra 100% marcaram sim. Quanto ao conceito de estadiamento, 83,3% tinha esse conhecimento e logo após a palestra houve progressão do mesmo ascendendo para 100%, como evidenciado na tabela 2.

Tabela 2 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós a atividade educativa em saúde sobre conceitos gerais acerca de neoplasia (n= 18 profissionais). Mossoró, mar/abr, 2016.

Variável	Resposta	Pré		Pós		p-valor
		Freq.	%	Freq.	%	
Você sabe o que é Neoplasia?	Sim	18	100	18	100	**
	Não	0	0,0	0	0,0	
Você sabe o que é Estadiamento?	Sim	15	83,3	18	100	**
	Não	03	16,7	0	0,0	
Você conhece as principais formas de tratamento do Câncer?	Sim	18	100	18	100	**
	Não	0	0,0	0	0,0	

* Significância estatística ($P < 0,05$) - McNemar

** Não foi possível calcular devido à ausência de categorias.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Nesse momento, a amostra em questão mostrou ter domínio do conteúdo quanto a conceitos e principais formas de tratamento do câncer em geral, visto que tais informações fazem parte da sua rotina. Entretanto, quanto às dúvidas ao estadiamento é compreensivo já que é uma modalidade de maior competência médica, pois é o mesmo que a classifica.

A literatura traz que a equipe atuante em unidades hospitalares especializadas em câncer, deve estar apto a cuidar de todos os cidadãos portadores de tal patologia em todos os níveis de atuação, além de conhecimentos técnicos científicos e relação interpessoal, desse modo contribuindo para o tratamento do mesmo (Santos et al, 2015).

A tabela 3 evidencia o conhecimento desses profissionais sobre neoplasia cardíaca. Quando questionados quanto ao conceito de neoplasia cardíaca 35,3% não compreendiam tal conceito. Antes da palestra, 55,6% dos participantes da pesquisa afirmaram que entendiam como ela desenvolvia-se. Quanto ao tratamento, 61,1% asseguraram não saber qual terapêutica utilizada para tal patologia, como também, 55,6% relataram não saber o principal sentido desses métodos adotados.

Tabela 3 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós a atividade educativa em saúde sobre conceitos gerais acerca de neoplasia cardíaca (n= 18 profissionais). Mossoró, mar/abr, 2016.

Variável	Resposta	Pré		Pós		p-valor
		Freq.	%	Freq.	%	
Você sabe o que é Neoplasia Cardíaca?	Sim	11	64,7	18	100	**
	Não	06	35,3	0	0,0	
Você estudou essa patologia na faculdade?	Sim	04	22,2	03	16,7	1,0
	Não	14	77,8	15	83,3	
Você sabe como ela se desenvolve?	Sim	10	55,6	18	100	**
	Não	08	44,4	0	0,0	
Você conhece o tratamento de escolha para essa patologia?	Sim	7	38,9	18	100	**
	Não	11	61,1	0	0,0	

Você sabe qual o principal sentido desse tratamento?	Sim	08	44,4	18	100	**
	Não	10	55,6	0	0,0	
O prognóstico desse (s) paciente (s) foi (foram) positivo?	Sim	01	6,7	02	11,8	1,0
	Não	14	93,3	15	88,2	

* Significância estatística ($P < 0,05$) - McNemar

** Não foi possível calcular devido a ausência de categorias.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Em relação à neoplasia cardíaca tem-se que ela é o crescimento desordenado das células do coração que tende a autonomia, trazendo prejuízos sistêmicos. Normalmente desenvolve-se após exposição a fatores cancerígenos o que leva a mutações genéticas originando a oncogênese, adquirindo características específica que se caracteriza em benigna ou maligna (HERON, 2016).

Para o tratamento desta, alguns autores defendem que deve ser combinada, visto que somente uma terapêutica não regride a doença, pois a associação da ressecção cirúrgica com a quimioterapia ou radioterapia surtem efeitos sistêmicos a ponto de aumentar a tempo de sobrevida desse cidadão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Portanto, é uma patologia singular que desenvolve-se rapidamente com consequências cardíacas e sistêmicas, com um prognóstico negativo e, normalmente, sem possibilidade terapêutica de cura. Tais resultados foram mencionados na primeira classe temática CNC, ao qual foram identificadas 12 UR nas quais foram descritos os conceitos de neoplasia cardíaca (10 respostas) e a raridade de tal patologia (2 respostas).

Como qualquer outra, a neoplasia cardíaca ocorre quando as células deixam de seguir seu ciclo natural (dividirem-se, amadurecerem e morrerem), sofrendo uma mutação, na qual passam a multiplicar-se e fugirem do controle do organismo humano, podendo envolver o miocárdio, endocárdio ou epicárdio e ser classificados como benigno ou maligno (DIAS et al, 2014). Gajewski et al (2013), trazem que os tumores cardíacos são raros e por muitas vezes, inicialmente assintomáticos, com incidência mínima e diagnóstico diferencial.

Nesse sentido, os depoimentos a seguir, obtido a partir da coleta de dados, caracteriza a compreensão sobre tal neoplasia dos profissionais abordados:

“Crescimento desordenado das células em tecidos cardíacos” (Profissional de Saúde 3).

“Como qualquer neoplasia, é o crescimento anormal e desordenado das células neste caso, células cardíacas, no qual originam um tumor no coração” (Profissional de Saúde 18).

Portanto, pode-se observar que, por ser uma patologia com uma taxa de incidência mínima, alguns profissionais têm conhecimento limitado sobre o diagnóstico, tratamento e possíveis falhas na assistência desses cidadãos. Sendo esse fato confirmado pelas literaturas, nas quais se evidencia que os tumores cardíacos tem uma incidência de 0,0017% a 0,028%. Como evidenciado a seguir:

“É mais rara, em relação às outras neoplasias. E geralmente se apresenta em estágio avançado, por ser assintomático” (Profissional de Saúde 12).

“É uma doença rara do organismo humano, acomete a camada muscular ou pericárdio. A incidência varia de 0,02 a 0,05%, difícil de ser tratada” (Profissional de Saúde 08).

Ressalta-se que, como todo o desenvolvimento celular que foge da autonomia do nosso organismo, tende a se classificar como benigno ou maligno, conforme foi citado por um único profissional:

“Crescimento anômalo do tecido cardíaco, (músculo, endotélio, pericárdio, vasos, etc) que pode ser de comprometimento maligno ou benigno” (Profissional de Saúde 4).

Por menor que seja sua incidência, 80% em média são benignas, ambos normalmente tem rápido crescimento ocasionando uma invasão local conforme seu desenvolvimento e metástases a distância, e quando sintomáticos, geralmente apresentam sintomas insidiosos (CHEN et al, 2012).

Logo, se deve considerar fazer o diagnóstico diferencial das doenças cardíacas distintas, visto que quando o cliente torna-se sintomático, eles podem

variar de achados clínicos gerais a específicos. Por se tratar de um órgão nobre, seu prognóstico, conseqüentemente, não é positivo, e necessita de uma assistência multiprofissional mais específica.

Somente um profissional relatou que a patologia nessa região pode causar danos a sua funcionalidade, entretanto, ele não explicitou nenhum prejuízo causado por tal. Evora et al (2011) relatam que pode iniciar com sintomas comuns como febre, dores e dispnéia perpassando para mais específicos de doenças cardíacas e sistêmicas, acarretando conseqüências para todo o organismo. Já para Karigyo; Silva (2014), esses achados clínicos são categorizados em sintomas obstrutivos, embólicos ou sistêmicos, variando conforme o desenvolvimento do tumor e diagnóstico precoce.

Em relação à segunda classe temática AP, foram identificadas 06 UR, as quais foram descritos a assistência multiprofissional (abordando as condutas, a assistência psicológica e o trabalho em equipe), as abordagens terapêuticas e os profissionais sem vivência ou conhecimentos sobre tal patologia.

Para Batista, Mattos e Silva (2015), receber um diagnóstico de câncer e realizar tratamento oncológico provoca repercussões que atingem tanto o cidadão quanto os familiares, podendo essas alterações se prolongar durante toda a vida. Daí a importância da integração dos níveis de atenção e da equipe multiprofissional, visando uma assistência integral. Como evidenciado no discurso a seguir:

“Qualquer assistência à saúde deve ser realizada de forma multidisciplinar, para se obter bons resultados. E deve ser realizada com o olhar voltado para o paciente e família em todos os aspectos da vida, pois o diagnóstico de qualquer neoplasia muda completamente os hábitos e rotina de sujeito e da família” (Profissional de Saúde 11).

O enfrentamento de um diagnóstico incomum, com uma baixa taxa de cura e de sobrevivência é muito difícil, tanto para o paciente acometido por tal quanto para os familiares. Daí surge a assistência multiprofissional, a qual consegue abranger em todas as vertentes esses cidadãos e seus familiares.

Alguns autores defendem que a comunicação terapêutica é a base de toda a assistência, pois a partir dela é que criamos laços com o cliente, promovendo afeto, confiança e atenção. Ela deve ocorrer de forma humanizada e não mecanizada como frequentemente ocorre, assim passando a atender as necessidades técnicas e

psicológicas do cidadão. Além de que deve ser prestada da assistência básica a unidade hospitalar (CHRYSOSTOMO; SILVA, 2015).

A literatura evidencia que as condutas prestadas devem ser voltadas de acordo com a sintomatologia de cada cidadão, visto que os mesmos variam de gerais para específicos e sistêmicos. Entretanto, para qualquer tipo de neoplasia cardíaca benigna ou maligna preconiza-se a ressecção cirúrgica, pois a mesma proporciona mais tempo para que a quimioterapia e radioterapia surtam efeito (ONG et al, 2015).

Tratando-se das condutas, sabe-se que elas variam de acordo com o quadro clínico, sendo a ressecção cirúrgica a que traz mais prognóstico positivo. Entretanto, a radioterapia e quimioterapia também se fazem eficazes quanto a redução da massa tumoral (LIMA; CROTTI, 2004). Duas profissionais prestaram assistência a um paciente com esse quadro, ao qual relataram:

“Paciente jovem, portador de Linfoma, com massa em mediastino, que ocasionou derrame do pericárdio e metástase pulmonar. Foi realizada quimioterapia, radioterapia, pleurodese. Várias idas à UTI, altas, quimioterapia ambulatorial, internamento para quimioterapia, atendimentos (incontáveis) no pronto socorro, mas infelizmente o paciente foi a óbito” (Profissional de Saúde 12).

A todo o momento estão havendo avanços na tecnologia, uma delas são os exames de imagens, que ao ficarem mais específicos e menos invasivos possibilitam o diagnóstico precoce e diferencial de outras patologias cardíacas. Com isso há a possibilidade de iniciar o tratamento rapidamente, proporcionando uma maior estimativa de vida. Como evidenciado no depoimento do Profissional de Saúde 03:

“Apesar da variedade de neoplasias cardíacas, os tumores cardíacos são raros. Os tumores benignos apresentam respostas favoráveis, e os malignos se beneficiam em diversas terapias, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, prolongando sobrevida aos pacientes.”

“É um pouco mais complicado em relação às outras, tanto por ser mais raro, quanto por necessitar de vários tipos de abordagem terapêuticas” (Profissional de Saúde 12).

Para Jonavicius et al. (2015), o tratamento deve ser combinado, visto que a ressecção cirúrgica por si só não vai surtir resultado, no entanto, é um método que fornece tempo para que a quimioterapia agressiva adjuvante tenha efeito, a qual consegue uma remissão da neoplasia. Porém, normalmente, em casos de tumores obstrutivos o tratamento cirúrgico não muda o resultado prognóstico. Como citados a seguir:

“Se for benigno a depender do tamanho pode ter um bom prognostico com cirurgia. Casos malignos de provável dificuldade de tratamento pela mobilidade implicada em ressecção extensa ou efeitos colaterais de radioterapia no mediastino” (Profissional de Saúde 04).

Alguns autores defendem também o uso de terapia multimodal (ressecção cirúrgica, ablação por radiofrequência ou tratamento por radiação). Entretanto, as altas taxas globais de progressão da doença e mortalidade destacam a necessidade de tratamentos mais eficazes, que possam ser utilizados em conjunto com a cirurgia para melhorar os resultados no cidadão (DIAS et al, 2014).

A saúde psicológica, desse cidadão e familiares, também deve ter uma assistência voltada para ela, como o Profissional de Saúde 02 relata:

“O cliente com esse diagnóstico deve ser assistido por equipe multidisciplinar, sendo abordada de forma holística, bem como acompanhamento psicológico e familiar”

Tomando como base o depoimento acima, percebe-se que a assistência não cabe somente a procedimentos, um diálogo bem colocado com o cidadão diagnosticado com a patologia como com os familiares, passa segurança, conforto e confiança, levando a uma melhor aceitação do diagnóstico e tratamento, ocasionando uma assistência eficaz.

Como defendem Chrysostomo e Silva (2015), quando o paciente recebe esse diagnóstico passa a precisar de uma ajuda contínua, que por muitas vezes um membro da família irá se encarregar de tal tarefa, sofrendo junto ao paciente alteração na sua vida cotidiana.

Daí o acompanhamento psicológico a ambas as partes até mesmo ao profissional, visto que ele também pode se apegar sentimentalmente ao paciente e

familiar. Tal processo não precisa necessariamente ser acompanhado por um psicólogo, devendo servir como técnica de suporte dessa realidade, a qual varia de cidadão para cidadão. Como evidenciado em outra fala:

“O nosso cuidado ou assistência contribui para a melhora do paciente e o psicológico da família (...)” Profissional de Saúde 07.

Atualmente, há uma especialidade apropriada para tal, denominada Psico-Oncologia tem por principal função observar o conflito que a doença provoca no desempenho emocional e comportamental do indivíduo, familiares e profissionais que estão envolvidos em seu tratamento para um amparo eficaz. Desse modo, avaliando também as formas de estratégias de enfrentamentos para uma melhor adaptação e qualidade de vida. A busca de práticas religiosas é a principal e mais utilizada medida de enfrentamento (VEIT; CARVALHO, 2010).

Como visto no depoimento a seguir, a principal dificuldade de um cidadão quanto ao seu diagnóstico é a aceitação, independente de ser uma pessoa jovem ou um idoso, ambos são humanos que vêm sua rotina totalmente mudada por um diagnóstico positivo para células malignas.

“A principal dificuldade era a aceitação e o enfrentamento do paciente, principalmente por ser jovem (...)” (Profissional de Saúde 12).

A autora Klüber-Ross (1998), em seu estudo Sobre a Morte e o Morrer, estabeleceu os cinco estágios passíveis pelos quais os pacientes oncológicos possam se centrar e alternam conforme a fase do tratamento: negação ou isolamento, raiva, negociação ou diálogo, depressão e aceitação.

Entretanto, as táticas de enfrentamento ao câncer ainda são muito falhas, devendo-se buscar medidas que a expandam mais a rede social de apoio, através de grupos e trabalho interdisciplinar (CHRYSOSTOMO; SILVA, 2015). Como visualizado em seguida uma fala que cita um dessas fases de tratamento:

“Quando um paciente recebe a notícia de que esta doente de uma neoplasia cardíaca, no início fica desesperado, começa um estágio de não aceitação da doença e fica depressivo, mas

logo em seguida procura um tratamento” (Profissional de Saúde 15).

Visto tal dificuldade, ao questionados quanto a aptidão a prestar essa assistência os profissionais mostraram que depois da educação em saúde 94,4% dos profissionais consideram-se aptos para tal, tanto para o cidadão quanto aos familiares, como visualizado na tabela 4, a seguir.

Tabela 4 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós a atividade educativa em saúde sobre a assistência aos familiares de pacientes com neoplasia cardíaca (n= 18 profissionais). Mossoró, mar/abr, 2016.

Variável	Resposta	Pré		Pós		p-valor
		Freq.	%	Freq.	%	
Você acompanhou os familiares desse paciente?	Sim	02	11,8	03	16,7	1,0
	Não	15	88,2	15	83,3	
Você considera-se apto para prestar assistência para aos familiares desse paciente?	Sim	09	60,0	17	94,4	0,063
	Não	06	40,0	01	5,6	

* Significância estatística (P<0,05) - McNemar

** Não foi possível calcular devido a ausência de categorias.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

As alternativas terapêuticas invasivas e impostas como escolha de tratamento resultam em efeitos colaterais dos mais diversos, provocando alterações físicas, sociais e, principalmente, psíquicas. Portanto, o acompanhamento multiprofissional humanizado só traz benefício. Como evidenciado em seguida:

“Acho todo o trabalho em equipe importante e eficaz para o bem de todos, pois proporcionam bem estar e harmonia no meio, em qualquer meio situação” (Profissional de Saúde 09).

“Uma assistência só será eficaz quando a equipe multiprofissional se mobiliza a prestar esse cuidado. Um paciente com neoplasia seja cardíaca ou não, necessita de cuidado, pois não apenas ele, mas toda sua família acaba

sendo acometida por essa patologia” (Profissional de Saúde 15).

Os relatos supracitados evidenciam o trabalho em equipe que, para Santos, Mourão e Naiff (2014), é caracterizado como um grupo de pessoas que sejam responsáveis por um propósito comum. Dessa forma, podendo discutir e consolidar conhecimentos para que um plano de intervenção seja elaborado visando uma melhora significativa no quadro do paciente, devendo cada um familiarizar-se com as atividades e assumir atribuições de porções significativas iguais a dos seus colegas. Como evidenciado na fala a seguir:

“Sempre que estamos à frente de pacientes com diagnósticos que podem culminar em morte ou tratamento cirúrgico que influenciará a vida normal do paciente e familiares. Precisamos de uma equipe para articular todas as partes críticas como aspecto psicológicos, ambiente social, cuidados clínicos, fisioterapia e cuidados de enfermagem; Que dificilmente pode ser alcançados por um só profissional” (Profissional de Saúde 04).

Já Mosser e Begun (2015) defendem que há uma quebra da divisão do processo de trabalho recortando-o em categorias profissionais. Para que tal desvinculação da assistência não ocorra, deve-se, através de práticas educativas, esclarecer e renegociar seus papéis a fim de explorar um bom funcionamento das equipes de trabalho.

“Não existe só um tipo de assistência prestada por um único profissional (se não se torna uma assistência fragmentada). Cada profissional tem sua importância ao paciente/família que tem neoplasia cardíaca. Assim é prestada uma assistência integral, humanizada e completa por parte de todos os profissionais trabalhando em equipe.” (Profissional de Saúde 18).

Portanto, o trabalho em equipe surgiu como uma tática para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, independente do número de profissionais que esteja envolvido nessa assistência, devendo ser adequada conforme a necessidade de cada cidadão e com suas devidas funções individuais bem estabelecidas.

Tabela 5 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós a atividade educativa em saúde sobre o trabalho em equipe (n= 18 profissionais). Mossoró, mar/abr, 2016.

Variável	Resposta	Pré		Pós		p-valor
		Freq.	%	Freq.	%	
Você considera o trabalho em equipe importante para que essa assistência, tanto para o paciente quanto para os familiares, seja de forma adequada e humanizada?	Sim	18	100	18	100	**
	Não	0	0,0	0	0,0	

* Significância estatística (P<0,05) - McNemar

** Não foi possível calcular devido a ausência de categorias.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Como evidenciado na tabela 5 a seguir, 100% dos profissionais de saúde ao qual fizeram parte da amostra, analisaram o trabalho em equipe importante, considerando que eles estejam bem adeptos a essas tarefas em conjunto, visto que eles cuidam, a todo o momento, de pacientes oncológicos, que necessitam de uma assistência integral e multiprofissional.

Em relação ao trabalho em equipe, a literatura traz que por mais que cada membro tenha sua especialidade, ela deve ser redistribuída, para que todos tenham a oportunidade de atuar na área do outro, de forma integral. Além de educações que busquem integrar a promoção da saúde do paciente e da família e planejar/programas as assistências oferecidas (PEDUZZI et al, 2013).

E geralmente, quando já não se tem possibilidade de cura, o trabalho em equipe é associado aos cuidados paliativos, buscando oferecer sempre ao cidadão e seu familiar conforto e informação durante esse processo árduo. A fim de garantir que o mesmo não viva os últimos dias em luto, e sim que aproveite cada dia que passa, sabendo aproveitar o melhor de cada um.

Relacionado a tal tema, a tabela 6 localizada abaixo, compreende o conhecimento dos cuidados paliativos, tem-se que sobre o conceito passou de

88,9% para 100% após a palestra e sobre a aptidão tanto antes quanto após a palestra eles já se consideravam aptos para prestar esse tipo de assistência.

Tabela 6 – Valores de frequência simples e porcentagem em relação a conhecimentos dos profissionais Pré e Pós a atividade educativa em saúde sobre cuidados paliativos (n= 18 profissionais). Mossoró, mar/abr, 2016.

Variável	Resposta	Pré		Pós		p-valor
		Freq.	%	Freq.	%	
Você sabe o que é cuidados paliativos?	Sim	16	88,9	18	100,0	**
	Não	02	11,1	0	0,0	
Você estaria apto para praticar cuidados paliativos?	Sim	18	100	18	100	**
	Não	0	0,0	0	0,0	

* Significância estatística (P<0,05) - McNemar

** Não foi possível calcular devido a ausência de categorias.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Cuidado paliativo é definido como uma modalidade terapêutica que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida de cidadãos que são diagnosticados com doenças que interrompem a continuidade da vida. A mesma como todo o tipo de assistência, deve ser executada por uma equipe multidisciplinar, de forma humanizada, por meio de medidas que aliviem o sofrimento (CARDOSO et al,2013).

Visto que é uma patologia rara e geralmente fatal, altamente agressiva e invasiva, e poucos cidadãos acometidos por ela sobrevivem durante 1 ano, Chen et al. (2012) defendem que, os profissionais não tem tanto contato com tal patologia, como evidenciado nas falas subsequentes:

“Prestei assistência a vários pacientes com diversos tipos de neoplasia, mas relacionada à neoplasia cardíaca não tive oportunidade” (Profissional de Saúde 02).

“Nunca acompanhei um caso” (Profissional de Saúde 13).

Daí percebe-se a necessidade de atualização dos profissionais quanto às possíveis patologias existentes, com vista a melhora da prática profissional colaborativa no trabalho em equipe. Alves (2012) evidencia que, para conseguirmos intervir de maneira significativa, é necessário percorrer um árduo caminho de

apropriação de um conhecimento teórico, ético, técnico e científico. Desta forma o único depoimento que citou a reciclagem da educação dos profissionais de saúde, faz-se pertinente:

“Como se trata de um câncer raro, acredito que os profissionais (equipe multidisciplinar) precisam estudar mais sobre a neoplasia para assistir ao paciente de modo eficaz” (Profissional de Saúde 16).

Portanto, os profissionais devem estar sensíveis a novas reflexões, buscando desenvolver propostas de trabalho eficazes, não só a partir das demandas diárias ultrapassando dessa forma possíveis barreiras ao confrontar em sua realidade um cidadão com uma patologia infrequente.

Como evidenciado na tabela 7, a qual é possível observar que a educação em saúde ela traz resultados positivos, pois a partir dela há o compartilhamento de conhecimento e dessa forma todos acabam se beneficiando, principalmente o cidadão que será amparado por esses profissionais.

Tabela 7 – Valores de média \pm desvio padrão em relação ao efeito da atividade educativa para a equipe multidisciplinar acerca de neoplasia cardíaca (n= 18). Mossoró, mar/abr, 2016.

Pré	Pós	p-valor
7,66 \pm 3,56	13,11 \pm 1,87	<0,001*

* Significa diferença estatística ($p < 0,05$) – Wilcoxon

Para Falkenberg et al (2014), a educação em saúde é um processo político de construção e transformação de conhecimento, essenciais ao trabalho em saúde, que envolve os profissionais, os gestores e os cidadãos, a fim de propor novas ações em saúde quem visam a melhoria da assistência multidisciplinar

Portanto, existe a necessidade de educação em saúde, continuada e permanente, para que quando esses profissionais sejam confrontados em sua realidade com patologias infrequentes saibam como cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre neoplasia cardíaca no COHM de Mossoró, Rio Grande do Norte, percebe-se que há um déficit nas pesquisas relacionadas a tal patologia, ocasionando possíveis carências e dificuldades na assistência.

A Hipótese 0 foi parcialmente confirmada, pois alguns déficits no conhecimento foram encontrados. Entretanto, percebeu-se que eles consideram o trabalho em equipe muito importante para a assistência ao cidadão, independente da patologia que ele esteja. Dessa forma variando de pessoa para pessoa, a fim de garantir uma conduta que obtenha resultados positivos.

Os resultados desse estudo possibilitaram alcançar os objetivos propostos. Ao decorrer da análise quanti-qualitativa foi observado um conhecimento prévio mínimo, visto que é uma doença infrequente na nossa realidade, embora eles tivessem uma compreensão sobre seu conceito.

A assistência deve ser prestada de forma humanizada e integral, visando uma abrangência em todas as vertentes da doença, tanto para o cidadão quanto para seus familiares. Dessa forma havendo uma aceitação deles quanto ao diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica dessa patologia.

Foi evidenciado na pesquisa que somente dois profissionais tiveram contato com um cidadão com esse diagnóstico, ao quais ambos relataram a dificuldade da aceitação da doença por parte dele e dos familiares, já que era um paciente jovem, e do cuidar, pois o quadro clínico era bem instável.

Daí a importância da educação continuada e permanente em saúde, visto que dessa forma tanto há a reciclagem e atualização dos assuntos como a troca de experiência/vivências, que influencia direta ou indiretamente nesse processo de aprendizado, e conseqüentemente, no processo de cuidar.

As principais dificuldades nesse trabalho deram-se pela escassez de artigos na língua nacional para a revisão, pela infrequente incidência de tal patologia nessa região. Durante a coleta de dados a maior dificuldade foi a negação dos profissionais de saúde quanto a participação da pesquisa e os problemas de recursos humanos vividos no COHM, durante esse período, ao qual reduziu a amostra desta pesquisa. Além disso, letras ilegíveis dificultaram a decodificação do questionário, trazendo mais um impedimento.

Contudo, apesar das adversidades encontradas no decorrer da coleta, a pesquisa mostrou-se importante por obter resultados positivos, desta forma contribuindo para a ampliação do conhecimento profissional acerca dessa patologia, visto que trata-se de uma patologia infrequente, possibilitando o cumprimento dos princípios de integralidade nas práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. M. Fisiologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1999.
- AGAIMY, Abbas et al. Primary and metastatic cardiac sarcomas: a 12-year experience at a German heart center. **Int J Clin Exp Pathol**, v. 5, n. 9, p.928-938, out. 2012.
- AGUIAR, Rafaela Mouta; SILVA, Glória Regina C. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 82-88. 2012.
- ALVES, Ana Paula Santana Giroto. A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL. **Artigo Original**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.101-109, 10 ago. 2012.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.
- BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Living With Cancer: From The Diagnosis To The Treatment. **Rev Enferm Ufsm**, [s.i.], v. 5, n. 3, p.499-510, jul. 2015.
- BERNE, R. M. et al. **Fisiologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2004
- BEZERRA, Sabrina Godoy et al. Pericardial Synovial Sarcoma: Case Report and Literature Review. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6, p.103-106, mar. 2013.
- BOEIRA, Samyra Fábregas et al. Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 4, p.351-361, set. 2014.
- BRAGGION-SANTOS, Maria Fernanda et al. Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Cardiac Masses. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 3, p.263-272, abr. 2013.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 466/2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de dezembro de 2012. Seção 1, p. 1.
- CARDOSO, Daniela Habekost et al., Hospice care in a hospitalsetting: the experience of a multidisciplinary team. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dez. 2013.
- CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ. INICIAÇÃO CIENTÍFICA. 2006. Disponível em: < <http://cohm.com.br/ensino-e-pesquisa/iniciacao-cientifica/>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ. HISTÓRICO. 2006. Disponível em: <<http://cohm.com.br/historico/>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- CHEN, Shao-Wei et al. Right Atrial Angiosarcoma: Rupture and Tamponade. **Texas Heart Institute Journal**, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 153-155, 2012.
- CHRYSOSTOMO, Helen Beatriz Marques; SILVA, Rodrigo Sinnott. Coping Modes and Psychological Support: Interest and Awareness of Patients with Neoplastic Pathology. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, [s.i.], v. 19, n. 3, p.135-138, jan. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007.

CONSTANZO, L.S. **Fisiología**. 4. ed. España: Elsevier Ed., 2011.

CRUZ, Fernanda Strapazzon da; RASSATO, Luciana Grazziotin. Care Given to Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Knowledge of Family Health Strategy Nurses. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [s.l.], v. 61, n. 4, p. 335-341, 2015.

DIAS, Ricardo Ribeiro et al. Mortality and Embolic Potential of Cardiac Tumors. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 1, p.13-18, mar. 2014.

EVORA, Paulo Roberto Barbosa et al. Carcinoid Heart Valve Disease. Still a Puzzle and a Challenge. **Arq Bras Cardiol**, [s.l.], v. 97, n. 5, p.e111-e112, abr. 2011.

FALKEMBERG, Mirian Benites et al. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FIGUEIREDO, Núbia Maria Almeida de. **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Paulo: Editora Yendis, 2010

FRANÇA, J. R. F. S. et al. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2013.

GAJEWSKI, Piotr et al. Naczyniakomięsak serca — pułapki diagnostyczne. **Kardiologia Polska**, [s.l.], v. 71, n. 12, p.1296-1298, 13 dez. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

GUYNTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2011.

HERON, Melonie. Deaths: Leading Causes for 2013. **National Vital Statistics Reports**, [s.l.], v. 65, n. 2, p.01-95, fev. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Ministério da Saúde. **ABC do Câncer: Abordagem Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

JACONODINO, Camila Bittencourt; AMESTOY, Simone Coelho; THOFERN, Maria Buss. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 13, n. 1, p. 61-66, mar. 2008.

JONAVICIUS et al. Primary Cardiac Lymphoma: two cases and a review of literature. **Journal of Cardiothoracic Surgery**, v. 10, out. 2015.

KARIGYO, Carlos Junior Toshiyuki; SILVA, Felipe Batalini Freitas. Cardiac tumors: a brief review of the literature. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p.27-34, mar. 2014.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER. **Registro hospitalar de câncer:** relatório de dados referentes ao período de 2006 a 2010. Natal: Liga norte riograndense contra o câncer, 2014.

LIMA, Paulo Ruiz Lucio de; CROTTI, Pedro Luís Reis. Malignant cardiac tumours. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.64-73, fev. 2004.

LODISH, Harvey et al. **Biologia Celular e Molecular**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MACHADO, J. H. et al. Pacientes que requer cuidados paliativos: percepção das enfermeiras. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 102-105, maio 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010

MEDRONHOS, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MANSANO-SCHLOSSER, Talyta Cristina; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p.600-607, set. 2012.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto. Questões Em Bioestatística: O Tamanho Da Amostra. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, v. 1, n. 1, p. 26 - 28, 2009.

MOSSER, Gordon; BEGUN, James W. **Compreendendo o Trabalho em Equipe na Saúde**. São Paulo; Porto Alegre: Mac Graw Hill Education; Artmed, 2015.

NASCIMENTO, Karla Tamyres Santos do et al. Multi-professional team care: discourse of women in preoperative mastectomy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p.435-440. 2014.

NICOLUSSI, Adriana Cristina. **Relaxamento com Imagem Guiada:** influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico. 2012. 158 f. Tese (Doutorado) - Curso de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ONG, Peter et al., Favorable course of pericardial angiosarcoma under paclitaxel followed by pazopanib treatment documented by cardiovascular magnetic resonance imaging. **Circulation**. [s.l.], p. e279-e281, ago, 2015.

PEDUZZI, Marina et al. Interprofessional education: training for healthcare Professionals for team work focusing on users. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2010. 334 p.

ROSAS, M. S. L. et al. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.243-265, abr. 2013.

SANCHES, Mariana Vendrami Parra; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Children and adolescents with cancer under palliative care: experience of family members. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p.28-35, jan-fev. 2014.

SANTOS, Denise de Aragão Fernandes dos; MOURÃO, Luciana; NAIFF, Luciene Alves Miguez. Social Representations About Teamwork. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p.643-659, jul. 2014.

SANTOS, Maria de Fátima Sousa e. **Artigo tipo "Case report"**: Sarcoma Primário do Coração, numa mulher com cancro da mama metastizado. 2011. 21 f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade do Porto, Porto, 2011.

SANTOS, Fabiana Cristina dos et al., O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. **Enfermería Global**. [s.l.], n. 38, p. 313-324, abr. 2015

SEGERS, Dolf et al. BOOK REVIEW: Right atrial and ventricular angiosarcoma. **Nordic Journal Of Psychiatry**, v. 57, n. 5, p.393-394, out. 2013.

SILVA, Jaqueline Carvalho e et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p.592-595, jun. 2011.

SILVA, Vladimir Araujo da; LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Maria Júlia Paes da. Avaliação da qualidade de evidências científicas sobre intervenções musicais na assistência a pacientes com câncer. **Interface**, v. 18, n. 50, p.479-492. 2014.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana**. 5. ed. Porto Alegre: ArteMed, 2010.

SIMÕES, João Carlos; GAMA, Ricardo Ribeiro; WINHESKI, Marcus Rivabem. **Câncer Estadiamento e Tratamento**. São Paulo: Lemar - Livraria e Editora Marina, 2008

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Rev. Cogitare Enferm.** V. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer et al. Nursing workers' perceptions of palliative care. **Rev. Eletr. Enf**, v. 15, n. 3, p.772-779, set. 2013.

VEIT, M.T.; CARVALHO, V.A.C. Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010.

VILELA, Eric Paiva et al. Giant Atrial Myxoma Mimicking Severe Mitral Stenosis in Young Patient. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, p.125-127, jan. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA PARA POPULAÇÃO FINITA

Para determinar o tamanho necessário de profissionais da saúde, prosseguiu-se calculando o tamanho da amostra para populações finitas acompanhada de estratificação (Tabela 01), utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

N = Tamanho da População, no caso deste estudo a população é composta de 101 elementos.

Z = Nível de confiança escolhido a 95% igual a 1,96.

p = proporção com a qual o fenômeno se verifica. Foi utilizado um valor p = 0,50. Segundo Mattar (2005) se não há estimativas prévias para p admite-se 0,50 obtendo assim o maior tamanho de amostra possível.

q = (1-p) é a proporção da não ocorrência do fenômeno.

e = erro amostral expresso na unidade variável. O erro amostral é a máxima diferença que o investigador admite suportar entre a verdadeira média populacional. Nesta pesquisa foi admitido um erro máximo de 0,05.

Transcrevendo os valores descritos para a fórmula, tem-se o seguinte cálculo de amostra:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 101}{0,05^2 \cdot (101 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{97,00}{0,25 + 0,96}$$

$$n = \frac{97,00}{1,21}$$

$$n = 80,2$$


Aplicação de **81** questionários.

Tabela 01– Estratificação da amostra (n=81) para as diferentes categorias profissionais.

Categorias profissionais	Frequência absoluta	Frequência relativa	Tamanho amostral	Amostra a ser coletada (Aproximado)
Médicos	27	0,267326732673267	81	22
Enfermeiros	19	0,188118811881188		15
Téc. Enfermagem	55	0,544554455445545		44

Dados da pesquisa

APÊNDICE B



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

Credenciada pelo MEC: Portaria nº 1.745, de 24/10/2006. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Reconhecido pelo MEC: Portaria nº 769, de 06 de abril de 2011, publicado no DOU de 07 de abril de 2011, seção 01, página 15.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos _____ o (a) Sr(a).

_____ para participar da pesquisa

intitulada: **CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM NEOPLASIA CARDÍACA**, desenvolvida por Jamile Rodrigues Cosme de Holanda (Pesquisadora associada), aluna regularmente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a responsabilidade do pesquisador THIAGO ENGGLE DE ARAÚJO ALVES, a qual pretende avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre neoplasia cardíaca; caracterizar o perfil social dessa equipe multiprofissional; identificar o conhecimento dos profissionais sobre neoplasia cardíaca; conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a neoplasia cardíaca; identificar o efeito da intervenção e sua contribuição na prática profissional.

A mesma justifica-se relevante para a sociedade acadêmica, pois irá contribuir no conhecimento de informações a respeito do tema em questão; para os profissionais de saúde, uma vez que irá familiarizá-los com tal patologia e contribuir para uma assistência mais adequada, e para a comunidade pela aproximação do conhecimento da doença.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de coleta de dados através do questionário. Se você aceitar participar, estará contribuindo para contribuição para o acréscimo da informação a respeito do tema. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um questionário. Desta forma, venho, através deste Termo de Cosentimento Livre e

Esclarecido, solicitar a sua autorização participar dessa pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.), uma vez que existe a possibilidade de publicação dos resultados.

A pesquisa poderá apresenta riscos mínimos como possível constrangimento durante a aplicação do questionário. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde. Assim os benefícios superam os riscos.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa. Os pesquisadores¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____,
 declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios da participação no estudo, por isso eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, RN ____/_____/_____.

 Assinatura do Participante

 Thiago Enggle de Araújo Alves

Pesquisador Responsável pela Pesquisa

¹**Endereço Profissional do Pesquisador Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-0143.
 E-mail: thiagoenggle@facenemossoro.com.br

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

2.6	Você sabe como ela se desenvolve?		
2.7	Você conhece o tratamento de escolha para essa patologia?		
2.8	Você sabe qual o principal sentido desse tratamento?		
2.9	Você já teve algum contato com um cliente com essa patologia?		
2.10	Você prestou alguma assistência a esse paciente?		
2.11	Você sentiu alguma dificuldade nessa assistência?		
2.12	O prognóstico desse (s) paciente (s) foi (foram) positivo?		
2.13	Você acompanhou a fase de tratamento desse paciente?		
2.14	Você acompanhou os familiares desse paciente?		
2.15	Você sabe qual seria a abordagem para esse paciente?		
2.16	Você considera-se apto para prestar assistência para esse paciente?		
2.17	Você considera-se apto para prestar assistência para aos familiares desse paciente?		
2.18	Você sabe o que é cuidados paliativos?		
2.19	Você estaria apto para praticar cuidados paliativos?		
2.20	Você considera o trabalho em equipe importante para que essa assistência, tanto para o paciente quanto para os familiares, seja de forma adequada e humanizada?		

PARTE III – Dados referentes as informações discursivas sobre a temática:

Por fim responda:

3.1 Qual a sua compreensão sobre neoplasia cardíaca?

3.2 Se você já prestou assistência a algum paciente com Neoplasia Cardíaca, faça um relato dessa experiência.

3.3 Quais foram as dificuldades que você teve nessa assistência?

3.4 Qual sua percepção frente ao cliente com esse diagnóstico?

3.5 Se você considera o trabalho em equipe importante para que essa assistência, tanto para o paciente quanto para os familiares, seja de forma adequada e humanizada, explique o por que.

ANEXOS

ANEXO A – CERTIDÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, – FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1ª Reunião Extraordinária realizada em 21 de Janeiro 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO CIDADÃO COM NEOPLASIA CARDÍACA", Protocolo CEP: 05/2016 e CAAE: 52510716.2.0000.5179. Pesquisador Responsável: THIAGO ENGLE DE ARAÚJO ALVES e das Pesquisadoras Associadas: JAMILE RODRIGUES COSME DE HOLANDA e VERUSA FERNANDES DUARTE.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 21 de Janeiro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE