UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RITA DE CÁSSIA QUAGLIO

Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva

RIBEIRÃO PRETO

2016

RITA DE CÁSSIA QUAGLIO

Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva

Dissertação apresentada a Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Área de Concentração: **Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cinira Magali Fortuna

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

QUAGLIO, Rita de Cássia

Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva. Ribeirão Preto, 2016.

103p. : il.; 30 cm.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Cinira Magali Fortuna

1. Hipodermóclise. 2. Cuidados Paliativos. 3. Educação Permanente.
4. Protocolos

QUAGLIO, Rita de Cássia

Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Inovação no Cuidado em Enfermagem.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

À meu neto Lucca Henrique que me fez rever as prioridades em relação à dinâmica da vida e que me ensina todos os dias a persistir, a buscar, a descobrir novos caminhos e nunca aceitar o que parece fato sem tentar ainda mais uma vez, outra possibilidade e aos meus filhos que criaram lindas e vigorosas asas e por isso voam sozinhos e me enchem de orgulho todos os dias.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por todas as Graças e Dons concedidos e por sempre possibilitar perceber sua presença em minha vida!

A meu neto **Lucca Henrique**, o maior presente que Deus poderia nos conceder. Sua presença em nossas vidas se traduz em fé renovada, amor incondicional, força, determinação, persistência e coragem.

A meus filhos **Kelly Cristina, Rodrigo Cristina e Ana Clara** pela presença, incentivo e companheirismo. Pelo amor dividido e multiplicado, amor maior que o universo!

A meu pai **Maria do Carmo e Eduardo**, alicerce da família, referenciais para a vida.

À minhas irmãs que são presenças constantes em todos os momentos vividos até aqui. Em especial a minha irmã **Amália** por ser presença efetiva e afetiva em todas as circunstâncias.

À Professora orientadora **Dra. Cinira Magali Fortuna**, por me direcionar neste caminho com tanta seriedade e paciência; investindo e compartilhando seu conhecimento, me instigando a buscar sempre o melhor e a prosseguir. Este processo me proporcionou crescimento como profissional e ser humano. Permanecerá sempre como meu referencial.

À professora **Dra. Silvia Matumoto** pela amizade e incentivo durante esta trajetória.

À **Dr. Tales de Nadai** diretor do Hospital Estadual Américo Brasiliense, pelo incentivo e reconhecimento do meu potencial de trabalho.

A Sra. **Maria Cristina Simões Flório**, gerente de enfermagem do Hospital Estadual Américo Brasiliense, pelo incentivo, confiança, amizade e respeito.

Às amigas: **Ana Carolina, Camila, Maria Augusta e Mariana** por ser presença, escuta ativa e partilha.

Aos **profissionais do setor de internação de Cuidados Paliativos** do Hospital Estadual Américo Brasiliense por participarem da construção do “Protocolo de assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados”, sempre os trarei em minha vivência profissional e no meu coração!

Aos orientandos da **Dra. Cinira Magali Fortuna**, um grupo que se alinhou para fortalecerem-se solidariamente e mutuamente como um grupo de estudos.

E a todas as pessoas que cruzaram os meus caminhos e contribuíram para minha formação como ser humano e profissional, possibilitando esta construção chamada **Rita**.

In memoriam: À querida “**vó Ana**”, meu candeieiro, meu referencial de ser humano.

“... O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue...”

Emerson Elias Merhy

RESUMO

QUAGLIO, R.C. **Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva.** 2016. 103f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

A ausência de diretrizes voltadas para o perfil da população atendida, sobre o procedimento técnico hipodermóclise, pode ser um potencial risco para a segurança dos pacientes. Considera-se que a construção coletiva de diretrizes dessa técnica realizada com os trabalhadores da saúde pode ser potente para que haja a sua viabilização na prática profissional. Os objetivos deste estudo foram: discutir e construir coletivamente as diretrizes para o protocolo assistencial de utilização da hipodermóclise em pacientes em cuidados paliativos hospitalizados; realizar rodas de conversas para discussão sobre o tema hipodermóclise e analisar os movimentos dificultadores e facilitadores quanto a implementação das diretrizes de utilização, manejo e manutenção adequados da punção de hipodermóclise; estabelecer e padronizar com a equipe médica e de farmácia clínica a lista de medicamentos e volume de diluição, para prescrição de medicamentos para infusão por hipodermóclise para o perfil da população atendida. Este é um estudo qualitativo com proposta de realizar uma aproximação à Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Participaram 42 trabalhadores de nível de formação universitária e técnica em saúde, ligados à assistência direta ou à normatização do trabalho. O modelo Grupo Convergente, foi adotado para coleta de dados em duas oficinas de discussão, ocorrida no final de 2015, contudo durante todo o processo da pesquisa foi possível coletar dados, através da observação e da interlocução durante a prática assistencial e/ou nas ocasiões de educação no trabalho e para o trabalho. Com a discussão e observação sobre a prática diária da utilização da hipodermóclise, as dificuldades de realização da mesma foram se tornando potência de ação e possibilitaram: a descrição do protocolo assistencial e medicamentoso para uso da referida técnica; adoção de indicador de processos, que além de mensurar a efetividade desta técnica na assistência tem a expectativa de contribuir com ações futuras de ensino e pesquisa; ações de educação permanente que ocorreram não somente na instituição pesquisada, mas a partir dela, em outros serviços hospitalares da região e serviço municipal de atendimento domiciliar. O processo de construção deste estudo e a metodologia utilizada proporcionou aprendizagem significativa para a pesquisadora quanto aos processos de ensino aprendizagem e comunicação e muito possivelmente atingiu aos participantes a partir dos movimentos de convergência entre a prática e o conhecimento literário. O protocolo foi redigido conforme os objetivos propostos no estudo, mantendo o compromisso com a segurança dos pacientes, sendo assim, possui perfil replicável para outros serviços que atendem a pacientes em cuidados paliativos e/ou que utilizam a via hipodermóclise como via de infusão medicamentosa. Com essa pesquisa pretendeu qualificar a assistência a pessoas em cuidados paliativos e/ou com indicações terapêuticas por hipodermóclise.

Palavras Chave: Hipodermóclise. Cuidados Paliativos. Educação Permanente. Protocolos.

ABSTRACT

QUAGLIO, R.C. **Assistance protocol proposal for hypodermoclysis use in palliative care patients, a collective construction.** 2016. 103. Dissertation (Masters's Degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2016.

The lack of population-specific guidelines about hypodermoclysis technical procedure may be a potential hazard to patients' safety. A collective construction of these guidelines by health professionals may be effective in reaching the practical feasibility of this technology. The objectives of this study are to collectively discuss and construct guidelines for the use of subcutaneous drug administration in hospitalized patients receiving palliative care; to conduct groups of conversation to discuss hypodermoclysis theme and to analyse barriers and facilitators in the implementation of the utilization, management and puncture sites guidelines; to establish and standardize with the medical and clinical pharmacists staff the drug and dilution volume list for the adequate drug prescription for the infusion by a hypodermoclysis in the studied population. Qualitative study with the proposal of conducting an approximation of the Clinical Convergent Research (CCR). Forty two graduated or technical workers, who were directly connected to clinical assistance or work standardization, participated in this study. The Convergent Group model was adopted for the data collection in two discussion workshops that occurred in the end of 2015, moreover, data was collected by observation and dialogues during all research process with the workers during their practical assistance and/or during education at work and for work occasions. With the discussion and observation of hypodermoclysis daily clinical practice, the difficulties of performing a hypodermoclysis was transformed in action potential, which made possible the description of a clinical and drug-utilization protocol for hypodermoclysis; the proposal and adoption of process indicators, that besides measuring the effectiveness of this technique in the assistance has the expectation of contributing with future actions of teaching and research; permanent education actions that occurred not only in the institution studied, but from it, in other hospitals and a local public service of domiciliary care. The construction process of this study and the adopted methodology provided significant learning to the researcher regarding learning and communication processes and, likely, it reached the participants through the convergence between practice and the discussed literature knowledge. The protocol was written according to the objectives proposed in the study, maintaining the commitment to patient safety, and thus has a replicable profile for other services that serve patients in palliative care and / or who use the hypodermoclysis route as a drug infusion route. With this research, we intend to qualify the assistance to people receiving palliative care or with therapeutic indication for the use of hypodermoclysis.

Keywords: Hypodermoclysis. Palliative Care. Permanent Education. Protocols.

RESUMEN

QUAGLIO, R.C. Propuesta de protocolo clínico para el uso de hipodermocclisis para los pacientes hospitalizados en cuidados paliativos, una construcción colectiva. 2016. 103f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2016.

La ausencia de directrices sobre el procedimiento técnico hipodermocclisis dirigidas al perfil de la población que se atiende, puede ser un riesgo potencial para la seguridad del paciente. Se considera que la construcción colectiva con los trabajadores de la salud puede tener gran alcance para la viabilidad práctica de esta tecnología. Los objetivos de este estudio es discutir y construir colectivamente las directrices para el protocolo clínico para el uso de hipodermocclisis en pacientes hospitalizados en cuidados paliativos; realizar ruedas de conversaciones para discutir el tema hipodermocclisis y analizar los movimientos dificultadores y facilitadores de la aplicación de las directrices de utilización, de manejo y mantenimiento adecuados de la punción de hipodermocclisis; establecer y estandarizar con el personal médico y de farmacia clínica la lista de fármacos y volumen de dilución para los medicamentos recetados para infusión por hipodermocclisis para el perfil de la población atendida. Estudio cualitativo con la propuesta de realizar un abordaje de la Investigación Convergente Asistencial (ICA). Asistieron 42 trabajadores con formación universitaria y de nivel de educación técnica, relacionados a la asistencia directa o a la normalización del trabajo. Se adoptó el modelo Grupo Convergente para la recolección de datos en dos talleres de debate que tuvo lugar a finales de 2015, además, lo largo del proceso de investigación fue posible recopilar datos a través de la observación y el diálogo durante la práctica clínica y / o la ocasiones de educación en el trabajo y el trabajo. Con la discusión y la observación en la práctica diaria de hipodermocclisis, la dificultad de realización de la hipodermocclisis se fueron convirtiendo en poder de acción y permitió la descripción del protocolo asistencial y de medicamentos para el uso de hipodermocclisis; la proposición e adoção de indicador de procesos, que además medir la eficacia de esta técnica en el servicio, espera contribuir a las futuras acciones de la enseñanza y la investigación; actividades de educación permanente que no se produjo sólo en la institución de investigación, sino de ella, en otros servicios hospitalarios de la región y la atención domiciliaria de servicios municipales. El proceso de construcción de este estudio y la metodología utilizada, ha proporcionado condición de aprendizaje significativo para el investigador en relación con los procesos de enseñanza-aprendizaje y la comunicación y, posiblemente, llegó a los participantes a partir del movimiento de convergencia entre la práctica y el conocimiento discutido con bases literarias. El protocolo fue elaborado de acuerdo con los objetivos propuestos en el estudio, manteniendo el compromiso con la seguridad del paciente, por lo tanto, tiene el perfil replicable para otros servicios que atienden a los pacientes en cuidados paliativos y / o el uso de la hipodermocclisis como medio de infusión de medicamentos. Con esta investigación se pretendeu calificar la atención a personas en cuidados paliativos o con indicaciones terapéuticas para hipodermocclisis.

Palabras-clave: Hipodermocclisis. Cuidados Paliativos. Educación Permanente. Protocolos.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância a Sanitária
BIC	Bomba de Infusão Constante
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
DRS	Diretoria Regional de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Auxílio ao Ensino Pesquisa e assistência
HCFMRP-USP	Hospital da Clinicas da Faculdade de Medicina-Universidade de São Paulo
HEAB	Hospital Estadual Américo Brasiliense
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
POT	Procedimento Operacional Técnico
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SEC	Sala de Estabilização Clínica
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESMET	Serviço Especializado de Engenharia e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	13
2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE HIPODERMÓCLISE.....	23
3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PROTOCOLOS.....	32
4 QUESTÃO NORTEADORA.....	35
5 OBEJETIVOS	36
5.1 OBEJTIVO GERAL.....	36
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
6 MÉTODO.....	37
6.1 LOCAL DO ESTUDO.....	39
6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	43
6.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	44
6.5 OUTRAS INCLUSÕES.....	44
6.6 TÉCNICAS DE COETA DE DADOS.....	45
6.7 OFICINAS DE DISCUSSÃO	46
6.8 PROCEDIMENTO OPERACIONAL TÉCNICO.....	49
6.9 LISTA DE MEDICAMENTOS E DILUIÇÕES.....	49
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
7.1 DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA.....	54
8 PROTOCOLO ASSISTENCIAL	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
10 REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética.....	89
ANEXO B – Carta de aceite HEAB.....	90
ANEXO C – Impresso: Indicadores clínicos e institucionais.....	81
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	92
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	94
APÊNDICE C – Procedimento Operacional Técnico- POP.....	96
APÊNDICE D – Plano de atividade das Oficinas	100
APÊNDICE E – Imagens Power Point.....	102

1 APRESENTAÇÃO

Sempre gostei muito de estudar e de aprender e aprender. Comecei a ler com seis anos de idade, depois de aprender a escrever, copiando as letras do jornal do meu pai.

Aprendi a pintar, a bordar e a costurar, lendo e pensando sobre as situações que precisava enfrentar. Aprendi a ser mãe no coração, na raça e na oração. Fui parceira, ouvinte, catequista, salmista e ainda jovem cantei em coral de terceira idade e depois dos 30 voltei a estudar formalmente. Optei por um curso que me permitisse cuidar de outros, uma vez que eu já cuidava de muitos sem formação alguma. Tornei-me auxiliar de enfermagem e imediatamente comecei a trabalhar, o que me permitiu cuidar e observar mais de perto as pessoas e as suas dores. As dores de pele e de alma.

Trabalhei com as dores das pessoas com doença de pele. Pele que faz sofrer em consequência de lesões que ninguém jamais deveria experimentar, como o Pênfigo, Hanseníase, Psoríase, Lúpus, Lesões por Pressão e outras tantas. Apaixonei-me pela pele, mesmo ela exalando um cheiro tão ofensivo ao se deteriorar, um cheiro que entristece, pois lembra dor e morte. Trabalhei também com pessoas que enfrentaram problemas neurológicos e autoimunes... Outras tantas dores foram possíveis observar!

Tornei-me técnica em enfermagem logo a seguir, mas ainda continuava insatisfeita, queria saber mais e poder fazer mais pelas pessoas que precisam de cuidados. Foi quando aos 40 anos de idade, sem curso preparatório, passei em um concorrido vestibular e ingressei em uma das melhores universidades públicas do país. Ingressei no curso de Licenciatura em Enfermagem. Percebi que o aprender a aprender, tinha me preparado até ali para continuar a aprender a aprender e apreender sobre o cuidar, porque sobre o humano não conseguiria nem mesmo em 70 x 7 vidas!

Foi então que ouvi uma expressão “cuidados paliativos”. Pelo interesse demonstrado, ganhei livro e outra indicação de livro on-line sobre o tema e fui “estudar”, interessei-me pelo tema, mas ninguém queria ouvir sobre o que eu tinha a dizer, eu era apenas uma técnica de enfermagem... Pensei: “quando eu for enfermeira...”. Durante a graduação, continuei a minha busca por conhecimentos para cuidar. As necessidades de saúde são muitas e diversas. ninguém é apenas o “diabetes” ou a “hipertensão”. Pessoas são cheias de muitas coisas, apesar de às vezes serem vazias: de fome, de instrução, de saúde; são “cheias de vazios”!

Eu queria conhecer de tudo um pouco, para entender melhor, para cuidar melhor. Com esta perspectiva de busca por conhecimento, eu participei de todas as palestras que foi

possível, pretendendo agregar o “CHA” (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes) à minha formação.

Em uma palestra sobre segurança do paciente, ministrada dentro da própria Escola de Enfermagem, ouvi uma enfermeira que estava terminando seu mestrado contar sobre sua experiência com pacientes com câncer em fase final de vida e neste cuidado tão especial, o mais incrível foi ouvir sobre um procedimento técnico de punção que permitia a infusão de 3.000 ml de soro e/ou medicamentos para controle da dor e de outros sintomas pela via subcutânea. Isso nunca mais saiu da minha cabeça e parece ter criado raízes no meu coração.

Formei-me! Assumi um cargo de enfermeira em uma instituição de saúde, fora da cidade do meu domicílio. Segui Clarice Lispector e adotei o verbo mudar em toda sua plenitude.

Comecei a trabalhar em uma unidade de internação de tratamento semi-intensivo. Logo soube que naquele serviço seria inaugurada uma ala de internação para pacientes em cuidados paliativos. Claro que demonstrei meu interesse pela vaga e em menos de dois meses iniciei o caminho que havia escolhido. Que felicidade! Pouco tempo depois fui contemplada pela instituição, com uma bolsa de estudos de Pós-graduação *Latu Sensu* em Cuidados Paliativos em um dos melhores centros de formação e referência no assunto, o Instituto Pallium Latino América, localizado na Cidade Autônoma de Buenos Aires, e lá fui eu, aprender a aprender.

Os conhecimentos adquiridos formalmente e o mosaico de aprendizagens e experiências que a vida me presenteou, o que considero serem as pedras preciosas que carrego, me tornaram uma pessoa com uma escuta e observação apuradas em relação ao outro, penso que por isso encontrei nos “Cuidados Paliativos” a motivação para assistir em enfermagem.

Saber trabalhar em equipe é habilidade importantíssima para atuação em Cuidados Paliativos, pois, pensar processos de trabalho em equipe necessita de muita escuta e aprender a aprender, aliada a comunicação clara e efetiva. A Licenciatura agregada ao curso de Graduação em Enfermagem me ajudou muito neste processo. Os processos de trabalho foram discutidos sempre em equipe no modelo de educação permanente e instituídos com a observação e escuta da equipe e pela equipe. Esse estudo apresenta alguns aprendizados frutos da reflexão e escuta da equipe realizada na construção de um protocolo para hipodermoclise.

2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), o cuidado paliativo é uma abordagem multiprofissional que cuida de pacientes fora da possibilidade de cura e amplia este cuidado para sua família. Esta abordagem implica no controle impecável da dor e outros sintomas, até o ultimo momento de vida do paciente e posteriormente no acompanhamento do luto desta família. O paliativista não trata ou cultua a morte, ao contrário, trata e cultua a vida, e prioriza a vida com qualidade. Esta abordagem de cuidar vai ao encontro da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e no conteúdo preconizado pelo texto da Lei n.8080/90 (BRASIL, 1990).

No contexto da assistência à saúde, a realização do procedimento técnico de punção de subcutâneo para recebimento de medicamentos e soluções, denominado hipodermóclise, teve inicio no final de 2011, no setor de internação de cuidados paliativos (CP) do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB). Inicialmente de forma tímida, depois, ganhando espaço e transcendendo para todas as clinicas de internação do hospital.

Esse estudo nasceu de minha inquietação pessoal em relação ao tema e da necessidade, enquanto enfermeira e integrante de uma equipe multiprofissional de trabalho, de formular diretrizes para garantir uma pratica assistencial de qualidade a pacientes de todas as idades, que precisavam de cuidados paliativos, ou que apresentassem dificuldade de manutenção de acesso venoso para controle não emergencial de sintomas, e que eram assistidos naquele serviço.

O tema é rico e empolgante, muito antigo e extraordinariamente novo, vai ao encontro das necessidades atuais do setor saúde, onde é preciso olhar para velhos paradigmas, como a qualidade da assistência, controle da dor de forma eficaz e eficiente, qualidade de vida, humanização e custos, de forma arrojada, pois a população brasileira vem experimentando nas ultimas décadas, importantes mudanças em seu padrão demográfico e epidemiológico com importante queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2011).

O número de idosos aumentou 600% de 1960 a 2006. Estimativas do Banco Mundial apontam que a população idosa brasileira triplicará nas próximas décadas, crescendo a uma taxa de 3,2% ao ano, podendo atingir cerca de 65 milhões de habitantes em 2050. A previsão é de que a população de 65 anos ou mais será 13% maior que a população até 19 anos (BRASIL, 2011a; BANCO MUNDIAL, 2011).

Atualmente a maioria dos problemas de saúde enfrentados por adultos e idosos são associados a condições crônicas de doenças, principalmente doenças não transmissíveis, relacionadas principalmente a fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e dietas pouco saudáveis que emergem como causas principais, que levam à comorbidades, invalidez e mortalidade (BANCO MUNDIAL, 2011).

O crescimento dessa população idosa gera, portanto, maiores demandas para o sistema de saúde privado, público e/ou filantrópico devido ao aumento das comorbidades crônico-degenerativas com consequente declínio na capacidade física e à susceptibilidade às infecções, bem como à ocorrência de quedas, depressão, diminuição da audição, visão e distúrbios cognitivos funcionais (BANCO MUNDIAL, 2011; OLIVEIRA et al., 2011).

A este cenário podemos acrescentar outros fatores de comprometimento para a pessoa, a sociedade e o setor saúde como as morbimortalidades por causas externas e câncer. Segundo a OMS, acidentes e violências são responsáveis por 9% do total das mortes no mundo, em torno de cinco milhões/ano, e que para cada morte por esse tipo de agravo, ocorrem dezenas de hospitalizações e centenas de atendimentos de pacientes vitimados brutalmente, com consequentes sequelas neurológicas graves e irreversíveis (NERY et al., 2013).

Quanto ao diagnóstico de câncer, estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, para o biênio 2016-2017 indicam que o Brasil deve registrar 596.070 novos casos de câncer, sendo esperados 295.200 entre os homens e 300.870 entre as mulheres (BRASIL, 2015).

Assim, cada vez mais pacientes de todas as idades, fora de possibilidade de cura ocupam e ocuparão os leitos hospitalares, recebendo assistência focada na tentativa de recuperação da saúde, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia. Abordagens que ignoram o sofrimento e são incapazes de tratar os sintomas relacionados e mais prevalentes (PESSINI, 2005).

Os CP tem ampliado sua importância dentro do enfoque de atuação, que consiste no controle de sintomas e melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças sem possibilidade de cura.

Assistir em CP baseia-se em conhecimentos das várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica terapêutica nas diversas áreas de conhecimento das ciências médicas e de conhecimentos específicos (MATSUMOTO, 2009). Está alicerçada na premissa de identificar e tratar adequadamente sintomas exacerbados e dar prioridade ao tratamento em acordo com a importância que este tem para o doente, prevenindo o seu (re) aparecimento, a

partir da adoção de um plano terapêutico singular, evitando assim tratamentos instrumentais e desagradáveis (OLIVEIRA, 2008; TWYXCROSS, 2003).

O controle de sintoma é embasado no saber científico que, para ser efetivo precisa ser complementado por aspectos observacionais, escuta ativa e compreensão das emoções que acompanham os sintomas (DE SIMONE; TRIPODORO, 2004). Desta forma é necessário conhecimento técnico-científico das ações farmacológicas e não farmacológicas para controle da dor e outros sintomas, além dos aspectos psicossociais e espirituais, uma vez que todos estes fatores podem contribuir para exacerbação ou diminuição dos mesmos (AZEVEDO; BARBOSA, 2012). Segundo Twycross (2003) em CP o objetivo do conforto prevalece também através da eleição da via de administração dos fármacos.

Prioritariamente a via de eleição para administração medicamentosa é a via oral (DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNO, 2015; VERAS et al., 2014, AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALTI et al., 2012; BRASIL, 2011b). Esta via é a preferida e eleita em mais de 75% dos pacientes, podendo ser mantida até as últimas horas de vida (DE SIMONE; TRIPODORO, 2004).

Esta via, no entanto, pode tornar-se indisponível, por exemplo, em situações de perda da tolerância da ingesta oral, que pode ocorrer por intolerância gástrica, impossibilidade de deglutição, disfagia, náuseas severas ou vômitos incoercíveis, intolerância a opióides orais ou a necessidade de doses maiores da medicação, má absorção, obstrução intestinal, debilidade extrema, estados confusionais, ou mesmo devido à piora da condição clínica do paciente pela idade avançada e/ou comorbidade associadas, uma vez que idosos frequentemente apresentam condições que impossibilitam a manutenção adequada de níveis de hidratação e nutrição, potencializada com o avanço do prognóstico de finitude de vida e a redução do nível de consciência, sendo necessário recorrer a outras vias alternativas para suporte clínico (BRASIL, 2011b).

Os pacientes de todas as idades em situação de terminalidade, em sua grande maioria, precisam de vias alternativas para administração de fármacos, este percentual aumenta quando se trata de situações agônicas, assim a via retal, transdérmica, intranasal, sublingual e subcutânea, devem ser consideradas para o controle dos sintomas (DE SIMONE; TRIPODORO, 2004). Perto das últimas quarenta e oito horas de vida pode se optar pela descontinuidade de alguns medicamentos, porém outros se tornam imprescindíveis como os analgésicos, antieméticos, sedativos e anticonvulsivantes (HERNÁNDEZ et al., 2002; ADAM, 1997).

A recomendação em CP é evitar o uso da via endovenosa e via intramuscular, uma vez que estas agregam desconforto e dor. Os pacientes geralmente apresentam diminuição significativa de massa muscular relacionada à idade avançada, desnutrição e/ou caquexia, inviabilizando a utilização da via intramuscular. A via endovenosa tem como fator complicador a diminuição da mobilidade e aumento dos riscos e custos, geralmente desnecessários para este contexto assistencial (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; DE SIMONE; TRIPODORO, 2004).

A partir do momento em que o declínio da saúde e o desgaste físico e emocional aumentam, a via endovenosa apresenta potencial doloroso e estressante para o paciente e a equipe de saúde, uma vez que com a progressão da doença esta via se apresenta de forma restrita ou associada a contraindicações de procedimentos invasivos como a caquexia, frequentes infecções e a limitação da autonomia (OLIVEIRA, 2008; AZEVEDO; BARBOSA, 2012). Assim, a utilização desta via para o controle da dor inicial em pacientes em CP, tem como recomendação que possa ser substituída pela via oral ou subcutânea dentro das próximas 24 horas (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; WALSH et al., 2006).

A via retal é uma opção nos casos de disfagia e dificuldade de absorção pelo aparelho gástrico, o inconveniente é que a titulação das doses dos medicamentos, uma vez que existe uma grande variabilidade quanto à biodisponibilidade do fármaco e absorção da via. Em relação à via sublingual, são poucos os medicamentos disponíveis para administração por esta via, o que limita sua indicação em CP (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

A via transdérmica, outra opção diante da impossibilidade de uso da via oral e na dificuldade de estabelecer acessos intravenosos, tem o inconveniente de que o mecanismo de ação dos fármacos por essa via é por liberação lenta, inviabilizando ajustes efetivos de doses para o controle da dor nas primeiras 72 horas, quando geralmente é possível titular dose efetiva para o controle da dor nas primeiras 48 horas, com doses baixas ou medias de opióides (AVILÉS; ANTIÑOLO 2013). Outra dificuldade a ser considerada é o custo elevado das medicações transdérmicas para aquisição, principalmente, pelos serviços públicos.

A via subcutânea é uma alternativa para aproximadamente sessenta por cento destes pacientes de todas as idades elegíveis para CP, em situações onde não é mais apropriado o uso da via oral, da via intramuscular ou devido à fragilidade vascular ou inexistência de acesso venoso periférico (VERAS et al., 2014; SILVA; LAMELO, 2013). Lipschitz et al., em 1991 divulgou um estudo no qual o soro fisiológico marcado com um radioisótopo foi infundido pela via subcutânea e pela via endovenosa em seis idosos voluntários saudáveis, demonstrou

que a absorção do fluido foi quase idêntica pelos dois acessos, provando assim a eficácia da absorção de fluidos por hipodermóclise (AZEVEDO, 2016).

Segundo Bruera (1993) a via subcutânea é tão efetiva quanto é a via endovenosa, com a vantagem de ser menos invasiva, por isso é considerada como via de eleição para controle da dor e outros sintomas. Os estudos de Trujillo et al. (2005) com pacientes com câncer e de Frisoli et al. (2000) com pacientes idosos com doenças crônicas, degenerativas ou câncer, supõem o uso da hipodermóclise como opção segura para o paciente, permitindo maior conforto, probabilidade de melhor qualidade de vida e menor custo (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALT et al., 2012; LYBARGER, 2009; ADAM, 1997).

O uso da via subcutânea é antigo, Thomas Walker, em sua publicação de setembro de 1860, (p.720) sobre a infusão de morfina e outros medicamentos para controle da dor, realizada por via subcutânea apresenta efeito relatada como “mais rápido ou mais poderoso do que quando administrado pela boca” (AZEVEDO, 2016).

Há ainda relatos de 1865 sobre a infusão de fluidos por hipodermóclise para tratamento da cólera na Índia. A partir da publicação destes relatos, a técnica ganhou projeção, sendo que em 1885 foi publicada uma revisão com detalhes sobre a infusão de morfina e atropina pela via subcutânea e outra em 1895 relatando o êxito de uso da hipodermóclise (AZEVEDO, 2016; SCHMIDT et al., 2011).

Em 1903, com base na utilização da técnica em experiências realizadas para tratamento de desidratação, febre tifoide, ou pneumonia em pacientes hospitalizados, a técnica foi demonstrada na Convenção da Sociedade de Superintendentes, em Pittsburg (EUA), e ganhou importância e notoriedade. O relato da apresentação por Lippincott Williams & Wilkins incluindo fotos do equipamento utilizado, foram publicadas no The American Journal of Nursing, Vol. 4, No. 5-Fev, 1904, p. 351-357 (AZEVEDO, 2016).

Em 1913 a utilização da via subcutânea para hidratação foi descrita pela primeira vez em pacientes pediátricos, para o tratamento de diarreias (GIRONDI; WATERKEMPER, 2005), ganhando visibilidade com a publicação da técnica associada ao uso de hialuronidase em pacientes pediátricos no período de 1940 (LYBARGER, 2009; MELLO, 2006). Na década seguinte, relatos de problemas relacionados com a inadequada utilização da técnica, infusão de soluções hipertônicas, o uso de medicamentos vesicantes e a administração rápida de volumes excessivos, causando resultados desastrosos como mortes e choques causados por gradiente de concentrações osmóticas durante a infusão subcutânea, levaram ao abandono da técnica (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013). Este quadro aliado à introdução e incorporação de

cateteres intravenosos mais modernos na assistência hospitalar e ao crescimento dos tratamentos intensivos contribuíram com o declínio do seu uso (COREN/SP, 2014; LYBARGER, 2009; REMINGTON; HULTMAN, 2007).

Em 1979, Russel descreve e o uso do método subcutâneo para a administração de morfina em pacientes com câncer avançado. A partir daí novos estudos contribuíram para a escolha da via subcutânea como uma alternativa segura e eficaz na administração de fármacos (LYBARGER, 2009; RUSSEL, 1979), particularmente, em pacientes em terminalidade para controle de êmese severa e obstrução intestinal (GIRONDI; WATERKEMPER, 2005).

No Brasil, seu uso vem sendo difundido lentamente nos últimos anos, voltando a ser recomendado para a aplicação clínica, especialmente para pacientes em CP e idosos, contudo não está restrita a este perfil de pacientes, sendo indicada também para pacientes de todas as idades, que apresentem dificuldade para o acesso venoso.

Para sua implantação é necessário que aconteça aproximação e atualização dos profissionais sobre o tema, uma vez que o ensino da punção de subcutâneo para administração de medicamentos e fluidos de forma contínua ou intermitente por hipodermóclise, não faz parte do rol de procedimentos técnicos discutidos nos cursos de formação de nível superior em enfermagem e consequentemente na formação de nível técnico, assim como está ausente do currículo de formação dos cursos de medicina; seu ensino limita-se a cursos extras classes, ministrados por enfermeiros que trabalham com CP.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP), através do Parecer 031/2014 delibera que o enfermeiro treinado, habilitado e capacitado, têm sua autonomia garantida para indicar a realização de hipodermóclise, respaldando-o quanto a execução da punção e administração de fluidos por esta via. O mesmo documento deixa claro que, por ser um procedimento de baixa complexidade ele pode ser delegado a técnicos e auxiliares de enfermagem, desde que estes sejam devidamente: “treinados, capacitados e suas habilidades constantemente validadas por meio da educação permanente” (COREN/SP, 2014). Contudo, a ausência deste conhecimento na graduação e de discussão sobre a utilização desta via no meio acadêmico se reflete na dificuldade dos profissionais em aceitarem o procedimento na prática profissional. Diferentemente da punção venosa, que é um procedimento técnico realizado por médicos e principalmente por enfermeiros, ensinado na graduação e aprimorado ao longo de suas vidas profissionais.

Outra potencial dificuldade relacionada ao tema é o estigma quanto à segurança na administração dos medicamentos prescritos por hipodermóclise, que em sua grande maioria,

não tem a indicação em bula de uso pela via subcutânea, caracterizando a prescrição como “*off-label*”, pois para a prescrição, os médicos geralmente seguem indicações da literatura internacional ou de experiências clínicas pessoais, ainda pouco relatadas em artigos científicos (BRUNO, 2015). A hipodermóclise é uma via de administração de medicamentos pouco conhecida, sendo assim a dificuldade de veiculação de informações fidedignas, e a ausência de discussões e padronização nos serviços de saúde, a fim de manter a segurança e a qualidade da assistência, reforçam a necessidade de diretrizes institucionais para uso de medicamentos por esta via (BRUNO, 2015), enquanto que ausência destas diretrizes pode contribuir para o rechaço da técnica pelos enfermeiros.

Este estudo, portanto, justifica-se pela necessidade de padronização da assistência de enfermagem e dos procedimentos técnicos assistenciais para os pacientes em CP hospitalizados atendidos na rede hospitalar do SUS e especialmente no Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB), onde é mantida uma enfermaria para pacientes que precisam de CP. A experiência positiva vivenciada até aqui com a utilização da hipodermóclise, reforça o conceito de que se trata de uma prática segura, eficaz e eficiente para o paciente, com melhor relação custo-benefício comparativamente a via endovenosa, em situações clínicas não emergenciais (MATSUMOTO, 2009).

As rotinas de trabalho desta unidade começaram a ser estabelecido em 2012, assim, o resultado deste estudo pretende fazer parte dos documentos que norteiam as peculiaridades da assistência paliativista. A ausência de diretrizes sobre o procedimento técnico hipodermóclise voltadas para o perfil da população atendida neste serviço de saúde, tem potencial risco para a segurança dos pacientes, com possibilidade de agravos e consequentemente comprometimento da qualidade da assistência.

Com a elaboração compartilhada destas diretrizes com os trabalhadores, pretendeu-se, operar na prática assistencial a partir das perspectivas destes trabalhadores, incentivando sua participação ativa na articulação teórica com a prática assistencial. Esta elaboração compartilhada prioriza a discussão para a resolução dos problemas observados na prática, com possibilidade de torna-se potencia de ação para as mudanças necessárias na incorporação e desenvolvimento destas diretrizes, favorecendo, sobretudo a aprendizagem significativa que posteriormente pode levar a outras construções teóricas (TRENTINI; PAIN; SILVA, 2014).

Segundo Moreira et al. (1997), “ É durante a aprendizagem significativa que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito”, ou seja, que o conhecimento de base deve (re)significar conhecimento novo,

tornando-o em conhecimento relevante. A aprendizagem significativa tem como princípios a construção de novos conhecimentos e a tomada de decisões conjuntas, a partir da conscientização da realidade vivenciada, da problematização e do conhecimento das possibilidades reais e concretas de encontrar caminhos de solução para problemas comuns e da definição de prioridades dos objetos de trabalhos. Ela envolve processos educativos coletivos e motivação para a ação (FREIRE, 1996).

O conceito pedagógico utilizado para efetuar relações orgânicas entre ensino, a prática e os serviços, e, entre docência e atenção à saúde, no setor da saúde é o conceito de Educação Permanente, publicado na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Este conceito foi ampliado após a Reforma Sanitária Brasileira e passaram a incluir as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009). No SUS é a estratégia adotada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, com a produção de conhecimentos nas instituições de saúde, a partir da vivência dos trabalhadores envolvidos na resolução dos problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, além das experiências desses atores como base de interrogação e mudança (BRASIL, 2009).

No Brasil, o número de serviços em CP vem crescendo (WHO, 2014). A hipodermoclise é uma técnica relacionada ao cuidado de enfermagem e contribui para a qualidade de vida do paciente idoso e dos pacientes de todas as idades, em CP exclusivos ou não, contudo a discussão sobre o tema ainda é tímida e carece de estudos e publicações de relatos das experiências que se fazem cotidianamente nos serviços (OLIVEIRA, 2008), sendo assim, a escassez de trabalhos e publicações ligados ao tema, também justifica a presente investigação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE HIPODERMÓCLISE

Alguns autores utilizam o termo hipodermóclise para referir-se unicamente a via de hidratação por via subcutânea como alternativa para a infusão de fluidos por via endovenosa e o termo terapia subcutânea, para a administração de medicações direta no tecido subcutâneo, outros não fazem diferenciação entre os termos. O termo hipodermóclise poder ser encontrado como clisis ou hidratação subcutânea (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013). Neste estudo adotamos o termo hipodermóclise, conforme conceito utilizado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), onde hipodermóclise é compreendida como a infusão lenta de fluidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea e que tem como objetivo a reposição hidroeletrólítica e/ou terapia medicamentosa (BRASIL, 2011b).

A hipoderme ou tecido subcutâneo é um tecido conjuntivo gorduroso, localizado logo abaixo da pele. A pele humana é dividida em duas camadas, epiderme, camada mais externa e derme camada mais interna, separadas por uma estrutura denominada camada basal. A hipoderme realiza a interface da derme com as estruturas móveis como tendões, fáscia, músculos e etc. O tecido subcutâneo mantém-se aderido na derme graças às fibras de colágeno e elastina, que lhe conferem uma estrutura de extrema maleabilidade. É constituído de vasos sanguíneos, capilares linfáticos, glândulas sudoríparas, folículos pilosos, fibras elásticas e grande quantidade de adipócitos, que são células especializadas no armazenamento de gorduras, que se agrupam para formar o tecido adiposo e serve como reserva lipídica, protegendo o organismo de choques e das variações externas de temperatura (DOMANSKY; BORGES, 2014). Sua espessura varia de acordo com a localização, o sexo e a idade e geralmente é diminuída em pacientes terminais (DOMANSKY; BORGES, 2014; VERAS et al, 2014). Os grandes ramos venosos e o leito capilar linfático estão localizados mais profundamente neste tecido e diferente da camada superior da pele, a hipoderme dispõe de poucos receptores de dor (DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; LYBARGER, 2009).

A via subcutânea favorece a administração de fármacos, uma vez que se estende por toda a superfície corporal, com vascularização similar à via musculoesquelética, não supõe limitações de sítios de acesso, como pode ocorrer com a via endovenosa ou intramuscular (BRUNO, 2015; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALT et al., 2012; LYBARGER, 2009).

Na escolha do sítio de punção da hipodermóclise é necessário pensar no conforto, na mobilidade e na independência do paciente. Deve-se evitar, portanto, a punção em áreas próximas de articulações. Os locais de punção recomendados são: região deltoidea, tórax anterior e em região subclavicular e, tórax posterior em região interescapular, abdome e região anterolateral da coxa (AZEVEDO; BARBOSA, 2012).

Os estudos nos trazem que a região torácica e a parede abdominal lateral são as regiões de maior elegibilidade para a punção subcutânea (FRISOLI JUNIOR, 2000). A parede abdominal dispõe de grande superfície de absorção, sendo a região de eleição para a infusão de volumes maiores (ADAM, 1997). Em pacientes com caquexia, sugere-se evitar a região anterior do tórax pelo risco de pneumotórax (PEREIRA, 2008). Como sítios secundários, podem ser utilizados os membros superiores, reservando-se os membros inferiores para situações em que a punção não possa ser feita em outro local (AZEVEDO, 2016). Infusões contínuas devem ser evitadas em membros pelo risco de edema (DUGAS, 2001). A região Inter escapular deve ser pensada, sobretudo, em pacientes com risco de arrancar o cateter durante estados confusionais, como idosos em delirium ou com demência (AZEVEDO, 2016).

Uma espessura mínima de 1,0 a 2,5 cm é recomendável para a infusão subcutânea (DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015).

Segundo Bergmann (2000), as circulações linfáticas e sanguíneas estão intimamente relacionadas com a macro e a microcirculação de retorno dos órgãos e/ou regiões e é realizada pelos sistemas venoso e linfático. As moléculas pequenas vão, em sua maioria, diretamente para o sangue, sendo conduzidas pelos capilares sanguíneos e as grandes partículas alcançam a circulação através do sistema linfático. A rede linfática tem seu início nos capilares linfáticos, formando verdadeiros plexos que se entrelaçam com os capilares sanguíneos. Através dos vasos pré-coletores e coletores, a linfa prossegue até chegar ao canal linfático direito e ao ducto torácico, e desembocam na junção das veias subclávia e jugular interna. Assim como o transporte da linfa, a absorção dos fármacos administrados no tecido subcutâneo por hipodermóclise pode ser explicada por meio da Hipótese de Starling sobre o equilíbrio existente entre os fenômenos de filtração e de reabsorção que ocorrem nas terminações capilares. A água, rica em elementos nutritivos, sais minerais e vitaminas, ao deixar a luz do capilar arterial, desembocam no interstício, onde as células retiram os elementos necessários ao seu metabolismo e eliminam os produtos de degradação celular. Em

seguida, o líquido intersticial, através das pressões exercidas, retoma a rede de capilares venosos (BERGMANN, 2000).

O sistema linfático devolve a circulação sistêmica entre dois a quatro litros de linfa todos os dias, o aumento desta capacidade produz edema (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

Esta via representa cerca de 6% do débito cardíaco. A infusão de fluidos por hipodermoclise apresenta menor risco de congestão. Na hipoderme os fármacos alcançam a circulação sistêmica, por capilares sanguíneos ou vasos linfáticos como já descrito anteriormente. A absorção da solução administrada ocorre por perfusão, difusão, equilíbrio entre a pressão hidrostática/osmótica e drenagem linfática, embora a taxa de absorção seja determinada principalmente pela solubilidade da droga, interação com o fluxo da matriz extracelular e fluxo sanguíneo e linfático, esta pode ser influenciada em uma pequena medida por outros fatores fisiológicos individuais como vasoconstrição, hipoperfusão, atrofia capilar, densidade celular, metabolismo tecidual, estado de hidratação, mobilidade física, edemas e hematomas, interferem no processo de transporte do fármaco para a circulação (AZEVEDO, 2016; DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNO 2015; SILVA; LAMELO, 2013).

O tecido subcutâneo por ser formado por tecido conectivo tem capacidade de distender-se e de recobrar seu estado natural depois de reabsorver o volume de líquido administrado. É ricamente vascularizado, o que favorece a absorção dos fármacos que passam através dos espaços entre as células da parede dos capilares e são absorvidas pela corrente circulatória por capilaridade sem barreiras significativas de absorção, tem baixa atividade proteolítica e com o benefício adicional de evitar o metabolismo hepático para alcançar a circulação sistêmica, como acontece na via oral, apresentando uma biodisponibilidade alta, cerca de 90%. Em consequência da maior biodisponibilidade do medicamento a indicação é de que a dose administrada pela via subcutânea deva ser menor do que a dose oral (AZEVEDO, 2016; DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNO, 2015; VERAS et al., 2014, AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALTI, 2012).

Já a farmacocinética assemelhasse ao perfil das medicações administradas pela via intramuscular, onde o fluxo sanguíneo e solubilidade da molécula regulam a velocidade de absorção. A absorção mais lenta, evita que concentração plasmática caia a níveis que possibilitem o (re) aparecimento dos sintomas já controlados, possibilitando uma concentração estável do medicamento, assim este perfil de infusão tornar-se semelhante a um sistema de liberação prolongada (BRUNO, 2015; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013). Quando

houver a necessidade de elevação de níveis plasmáticos das medicações de forma rápida, como por exemplo, devido a uma exacerbação da dor, a via subcutânea, em detrimento da via oral ou endovenosa é alternativa eficaz e proporciona melhor qualidade de vida ao paciente (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

O tecido subcutâneo possui melhor tolerabilidade para aqueles medicamentos cujo pH é próximo da neutralidade (7,38-7,45) e os hidrossolúveis (BRUNO, 2015; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALTI et al, 2012). Porém, alguns medicamentos com pH ácido podem ser administrados pela via subcutânea, desde que seja feito de forma mais lenta: haloperidol (pH: 3,0–3,8), metoclopramida (pH: 3,0–5,0), ondansetrona (pH: 3,5), brometo de N-butilescopolamina (pH: 3,7–5,5) e levomepromazina (pH: 3,2–4,7) (AZEVEDO, 2016).

Quanto à infusão de soluções, são consideradas seguras para uso subcutâneo as soluções isotônicas: cloreto de sódio (NaCl) 0,45% ou 0,9% e solução glicofisiológica (AZEVEDO, 2016). Sasson e Schvartzman (2001) relatam que o ringer lactato é seguro, pois é uma solução isotônica com pH próximo à neutralidade.

O uso de medicamentos por hipodermóclise está documentado em relatos de experiência dos serviços de CP, em estudos de casos clínicos ou opiniões de especialistas, portanto, publicações com baixo nível de evidência para a comunidade científica (BRUNO, 2015). A prescrição de medicamentos por hipodermóclise é em sua grande maioria *off-label*, ou seja, não consta nas bulas das medicações, e explica o fato de as informações sobre dose e diluição dos medicamentos serem divergentes em alguns serviços (AZEVEDO, 2016).

O termo “off-label” pode se referir ao uso diferente do especificado na bula, como a uma dosagem diferente, administração por uma via não prevista na aprovação, ou para grupos aos quais o medicamento não foi avaliado, especialmente em pediatria, geriatria e gestantes; também se refere ao uso de produto não registrado e/ou não autorizado por uma agência reguladora, que no Brasil, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas isto não implica que seja incorreto e que sua prática da indicação off-label não é ilegal (ANVISA, 2014). O uso off-label, em qualquer circunstância, deve ser apoiado em evidências clínicas que apontem benefícios para tal utilização, uma vez que esta prescrição é feita por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, embora, segundo a própria ANVISA, em grande parte das vezes, trate-se de uso correto, apenas ainda não aprovado (ANVISA, 2014).

Em relação ao volume necessário para diluição, a maioria das publicações recomenda diluição 1:1, ou seja, 1 ml de diluente para cada 1 ml de medicamento (BRASIL, 2011b).

Contudo, Azevedo (2016) nos traz as experiências de serviços brasileiros de referência em CP no Brasil, que relatam que drogas como escopolamina, furosemida, haloperidol, metadona, metoclopramida, midazolam, morfina e tramadol são administradas em *bolus* sem diluição e que não há registro de intolerância ou de efeitos colaterais graves. Em vista destas perspectivas, nota-se a necessidade de estudos e publicações pelos profissionais desses serviços para que seja possível comparar futuramente dados que nos permitam perceber quais medicamentos requerem diferente diluição (AZEVEDO, 2016). Até o momento a recomendação é manter uma diluição, ainda que mínima como a descrita anteriormente de 1:1 (BRASIL, 2011b).

Existem medicamentos que, quando associados, interagem de forma complexa, modificando suas características próprias. Isso pode causar desde precipitações até alteração de sua eficácia. Sendo assim, recomenda-se observar a relação de medicamentos indicados para a infusão por subcutâneo e sua compatibilidade. Em caso de incompatibilidade é preciso que os medicamentos sejam administrados em sítios de punção distintos, o que por vezes, requer mais de um sítio de punção para o adequado controle de sintomas. É indicado que cada sítio de punção receba no máximo três medicamentos compatíveis entre si (AZEVEDO, 2016). Durante a preparação de uma infusão com medicamentos combinados pode existir incompatibilidade mesmo sem precipitação visível a olho nu (PONTALTI, 2012; BRASIL, 2011b).

Os medicamentos para infusão por hipodermóclise devem estar na apresentação líquida. O objetivo principal da diluição é minimizar a irritação no local da punção e tanto água destilada como soro fisiológico 0,9% podem ser utilizados desde que observados as indicações específicas para cada medicamento. No Brasil, o uso de soro fisiológico 0,9% tem sido mais evidenciado (AZEVEDO, 2016).

O tecido adiposo é organizado em lóbulos e separado entre si por uma rede de septos fibrovasculares de tecido conjuntivo que confere estrutura mecânica ao tecido pela presença de moléculas de colágeno e compõem a maior parte da matriz extracelular que é considerada a primeira barreira para absorção dos fármacos infundidos no tecido subcutâneo. O principal componente regulador de fluidos na matriz extracelular é o ácido hialurônico que possui carga negativa e assim, limita a capacidade de o tecido subcutâneo receber volumes de fluido e transportar moléculas para a corrente sanguínea (AZEVEDO, 2016; DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNTON et al., 2012; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2005). Conforme demonstrado por Patel et al. (1984) moléculas de carga negativa no tecido

subcutâneo são absorvidas mais facilmente, pois existe uma tentativa de compensação com a eliminação da carga negativa excessiva (AZEVEDO, 2016). Alguns trabalhos indicam o uso de infusões de 150 UI a cada 24 - 48 horas de hialuronidase, enzima que degrada o ácido hialurônico, aumentando a permeabilidade do tecido conjuntivo, com a diminuição de sua viscosidade e aumento da carga de moléculas negativas a serem transportadas, com consequente aumento da taxa de absorção dos medicamentos administrados, facilitando a circulação de fluidos no subcutâneo transitoriamente, com melhora da absorção sistêmica através de leitos capilares (AZEVEDO, 2016; DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNO, 2015; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; LYBARGER, 2009).

Apesar de bons resultados como um auxílio para reidratação em pacientes geriátricos, a infusão de hialuronidase não deve ser recomendada como rotina, pois há evidências de que ela não auxilia na prevenção de edema e pode causar hipersensibilidade local (AZEVEDO, 2016; BRUERA et al., 1995; REMINGTON E HULTMAN, 2007).

A taxa de absorção pode ser incrementada com a aplicação de calor local ou massagens. Para reduzir a velocidade de absorção, a administração de vasoconstritores como adrenalina ou aplicação de frio local são as opções (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

A infusão em *bolus* deve ser sempre lenta e para o gotejamento das infusões contínuas por ação gravitacional, recomenda-se o uso de equipos do tipo microgotas (AZEVEDO, 2016; BRASIL, 2011b).

O uso de Bomba de Infusão Constante (BIC) garante a administração ininterrupta do medicamento, impedindo que suas concentrações plasmáticas caia abaixo do nível terapêutico, o que poderia favorecer o reaparecimento de sintomas (AZEVEDO, 2016), e evita a infusão rápida inadvertida de uma dose de analgésico ou sedativo prevista para administração em 24 horas. Para administração de soluções sugere-se a velocidade de infusão entre 60 e 125 ml/h (BRASIL, 2011b; PALACIOS, 2009). Para pacientes com subcutâneo mais escasso a absorção de soluções ocorre sem edema significativo quando a infusão respeita a velocidade de 1ml /min (WALSH, 2005).

A fisiologia da reidratação subcutânea envolve o funcionamento adequado da bomba de sódio e potássio, que facilita o movimento dos fluidos da área de maior concentração para a área de menor concentração, o transporte dos fluidos e fármacos acontece por perfusão, difusão, pressão hidrostática e pressão osmótica (BRUNO, 2015; VERAS et al., 2014; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; GOLAN, 2009).

A reidratação por hipodermóclise é tão efetiva quanto pela via intravenosa e pode ser empregada para tratamento de desidratação leve e moderada, e nas perdas de fluidos secundária a diuréticos, vômitos e diarreias, bem como, no tratamento da dor, da dificuldade de nutrição, hipertermia, hipercalêmia maligna, constipação, lesão por pressão e delirium, uma vez que com a via intravenosa se supõe um aumento de risco de inserções traumáticas e dolorosas, e da síndrome confusional produzido pelos opióides (LYBARGER, 2009; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

A desidratação é um problema muito frequente entre os idosos e está relacionada com alta morbimortalidade. A desidratação pode ocasionar o aparecimento de desorientação e delirium, diminuição do volume intravascular e falha glomerular, levando a falha renal e com isso a potencialização dos efeitos de toxicidade das medicações que estão sendo administradas. Além disso, a desidratação potencializa o risco de constipação e o surgimento de lesões por pressão (HERNÁNDEZ; LÓPEZ; GARCÍA; RODRÍGUEZ, 2002). Caso a hidratação seja otimizada pode se prevenir complicações e hospitalizações prolongadas (REMINGTON; HULTMAN, 2007).

As complicações relacionadas à hipodermóclise são raras. É preciso, no entanto, manter as normas preconizadas e estabelecidas para punção periféricas, como a higiene das mãos e a preparação adequada da pele, cobertura apropriada do sítio e manutenção do acesso. É imprescindível respeitar a diluição indicada para o medicamento e a velocidade de infusão, que é sempre indicada e preconizada como lenta. Hiperemia local até quatro horas após o momento da punção é normal. No entanto, persistindo, recomenda-se a troca do sítio e o registro da intercorrência em prontuário (AZEVEDO, 2016; DALAL; BRUERA, 2004). Em pacientes com capacidade limitada de comunicação verbal, as fácies de dor e postura de proteção, quando do início da infusão são os principais indícios de que a punção está fora do espaço subcutâneo, devendo ser considerada outra punção. O relato verbal é sua indicação em pacientes que conseguem se comunicar verbal ou gestualmente.

Como qualquer acesso periférico ou central, a avaliação deve ser durante todo o período de utilização, assim na avaliação diária, se for observado qualquer indicio de sinais flogísticos, o cateter deve ser retirado e aquele sítio estará contraindicado para novas punções por, no mínimo, dez dias. No caso do edema local, a primeira providência é a redução da velocidade de infusão, o que geralmente permite a absorção do edema e a manutenção do acesso. A celulite é a complicação mais grave descrita na literatura e tem baixa incidência, podendo requerer antibioticoterapia (AZEVEDO, 2016; OLIVEIRA, 2008).

O cateter utilizado para a punção de hipodermóclise pode ser tanto o não agulhado, como o agulhado. Os cateteres agulhados (*scalps* ou *butterfly*) têm custo menor do que os não agulhados e proporcionam punções menos dolorosas. Os calibres de escolha estão entre os números 21G a 25G (PEREIRA, 2008). O cateter agulhado pode permanecer instalado por até cinco dias (DALACORTE et al., 2012), devendo ser removido antes, caso exista suspeita de alguma complicação. O cateter agulhado para a punção de subcutâneo não deve conter dispositivo de segurança, ou seja, mecanismo de acionamento automático de retração da agulha, pois a movimentação do paciente pode acionar o dispositivo e ocasionar a retirada acidental do acesso. Os cateteres não agulhados são ideais para punções com previsão de uso prolongado, podendo permanecer instalados, em média, por onze dias (PEREIRA, 2008). Os calibres de escolha estão entre os números 20G a 24G. A técnica de punção é semelhante àquela com cateter agulhado, diferindo somente em pequenos detalhes (AZEVEDO, 2016).

O rodízio dos sítios de punção de hipodermóclise pode respeitar um intervalo maior do que quando se utiliza a via endovenosa. O cateter é instalado no subcutâneo permanece em contato com o tecido adiposo e a absorção do medicamento ocorre por capilaridade e não por canulação da corrente sanguínea. Recomenda-se a troca do cateter agulhado a cada cinco dias e do cateter não agulhado a cada onze dias (AZEVEDO, 2016; AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013).

A troca do dispositivo varia conforme a cobertura utilizada: filme transparente, fita micropore ou esparadrapo. De acordo com recomendações do fabricante, a cobertura estéril transparente pode permanecer por até sete dias. Já as coberturas com esparadrapo e fita micropore deverão ser trocadas diariamente, e essa manipulação acarreta diminuição da vida útil da punção pelo aumento do risco de contaminação (BRASIL, 2013b). Agência Nacional de Vigilância a Sanitária (ANVISA) na intenção de estabelecer um padrão recomenda a troca do sítio de punção a cada 72 horas (BRASIL, 2013b).

A conduta na suspeita de qualquer complicação local, mesmo que a punção seja recente é a de retirada imediata do cateter. Sempre que houver indicação, uma nova punção pode ser realizada, com distância mínima de cinco centímetros da punção anterior (AZEVEDO, 2016; BRASIL, 2011b).

Algumas contra indicações ao uso da hipodermóclise devem ser consideradas. A literatura sugere que a única contraindicação formal para o uso da via subcutânea, em adultos, seja a recusa do paciente a se submeter ao procedimento. No entanto, outras situações recomendam a retirada da hipodermóclise, por representar risco de agravo ao paciente, como

sangramento local e hematoma quando existe distúrbio grave da hemostasia, ou se o quadro clínico exige reposição imediata de volume, é mais prudente a punção de um acesso venoso.

Outras observações de potencial ajuda para avaliação devem ser compartilhadas. Em pacientes com síndrome de veia cava superior, evita-se a punção em membros superiores ou tórax, mas ela pode ser feita em coxa (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013). Quando existe ascite, evita-se a punção em abdome. Paciente edemaciado, contudo se não estiver em franca anasarca, pode-se realizar a punção em áreas do corpo menos acometidas pelo edema.

Em contrapartida, pacientes com caquexia acentuada apresentam tecido subcutâneo muito reduzido o abdome ou coxa são as escolhas, porém, com a indicação de redução do ângulo de inclinação do cateter porque o subcutâneo tende a estar mais superficial. (AZEVEDO, 2016).

As lesões de pele comprometem a absorção de fluidos ou medicamentos infundidos no subcutâneo. Isso ocorre por alterações locais da circulação linfática ou sanguínea. Recomenda-se, portanto, evitar a punção em áreas ulceradas ou infectadas, áreas próximas de dissecação ganglionar ou de incisão cirúrgica e áreas submetidas à radioterapia. Existe risco, ainda que mínimo, de congestão pulmonar por sobrecarga de volume durante hidratação por via subcutânea. A hidratação deve ser suspensa ao menor sinal de congestão (AZEVEDO, 2016; DALAL; BRUERA, 2004).

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PROTOCOLOS

Segundo Pimenta et al.(2015) não há consenso sobre o significado de Procedimento/Rotina, Protocolo ou Guia/*Guideline*, e definições que os diferenciem são necessárias. Estes documentos podem ser de natureza assistencial ou de gestão. Os protocolos assistenciais são descrições minuciosamente detalhadas do processo de execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto e os materiais a serem utilizados; detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem e como se faz, estruturando as decisões de assistência voltadas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências (PIMENTA et al., 2015).

Os Protocolos assistenciais em enfermagem precisam ser formulados em consonância com os princípios legais e éticos da profissão; ser estabelecidos respeitando a legislação vigente do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Regional de Enfermagem, ser baseados nas normas e regulamentos de todas as esferas de gestão que regem o Sistema Único de Saúde, seguir os preceitos da prática baseada em evidências, além de manter olhar sempre voltado para a população que é assistida na instituição onde será utilizado (PIMENTA, 2015).

É preceito a garantia de uma assistência de qualidade. Segundo QUEIROZ (2015), a elaboração de protocolos para reordenar a assistência de saúde é uma das estratégias para alcançar este objetivo, sendo que a autora nos traz que o desempenho das tarefas descritas por protocolos, qualifica esta assistência.

A ausência de padronização das ações, segundo Pimenta (2015), implica em inúmeras possibilidades de execução de uma ação, fragilizando e desfigurando a mesma. A adoção de protocolos prontos, sem avaliação crítica e prévia da aplicabilidade para determinado serviço de saúde, pode tornar as praticas inadequadas para o local. A atividade do cuidar é complexa, e exige confiabilidade da assistência prestada por meio de procedimentos seguros.

Algumas desvantagens são apontadas por Pimenta (2015) e Queiroz (2015) em relação ao uso de protocolos. Estas estão ligadas à construção de protocolos que não atendem às recomendações de formulação do documento ou por desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências. Adaptações de documentos já elaborados anteriormente, que não são específicos para a população a ser atendida, ou que resultam em recomendações inadequadas ao ato de assistir, assim como a ausência de validação da equipe, são

caracterizadas como falha de construção de protocolos. A existência de protocolos não limita ou anula a autonomia do profissional.

Werneck et al. (2009) afirma que a ausência de padronização das ações significa fragilidade da gestão, podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer. A superação desses problemas requer compromisso e nova postura. Uma postura de responsabilização tanto de gestores, quanto dos trabalhadores no sentido de se construir um processo de trabalho diferente, planejado e implementado pela equipe. Esta superação que é um grande desafio, na medida em que não se pode ignorar, os conflitos e tensões que decorrem da hierarquia ou que acontecem pela existência de diversos profissionais com interesses e inserções diferentes em relação às decisões gerenciais. Enfim, é bom contar com as vivências e valores dos profissionais, é recomendável que a equipe toda participe do processo de decisão.

Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referenciais científicos e tecnológicos, precisam ser reavaliados quanto a sua aplicabilidade, através de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, pois do contrário apresenta risco significativo de produzir um processo de trabalho pobre para gestores e trabalhadores, sem lugar para a renovação e inovação (WERNECK et al., 2009).

O emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos e que tenham como referências diretrizes para o fortalecimento dos princípios, pode ser uma estratégia potente para a introdução de novas formas de se fazer a prática, direcionando, permitindo e propiciando a continuidade das ações.

No caso dos protocolos, a problemática a ser trabalhada precisa ser conhecida em profundidade e os objetivos bem definidos, a fim de ter êxito quanto a solução esperada, sem aceitar qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico como proposta de solução para o problema, pois a adoção de normas e procedimentos ou tecnologias, sem critérios bem definidos, institui um processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, que pode gerar gastos desnecessários e criar nas pessoas maior dependência da tecnologia (WERNECK et al., 2009).

A segurança do paciente tornou-se um movimento mundial. No Brasil, a publicação em 2013 da Portaria nº 529, pelo Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013c). Os protocolos podem contribuir com a segurança e precisam considerar as limitações humanas, se antecipar na identificação de riscos, antes que estes atinjam o paciente e lhe causem danos.

Considera-se que os protocolos realizados sem a participação efetiva dos envolvidos tendem a não ser seguidos, pois, não consideram a aprendizagem significativa e nem a problematização das práticas e oportunidade de democratização e participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão. É importante salientar que os protocolos, não são neutros e exercem influência na construção do modelo de atenção (WERNECK et al., 2009).

4 QUESTÃO NORTEADORA

Partindo-se da premissa de que a aprendizagem se faz em processos ativos e com a participação coletiva: indaga-se: quais são as potencialidades e dificuldades de se construir coletivamente um protocolo para a utilização da hipodermóclise?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

1. Discutir e construir coletivamente as diretrizes para o protocolo assistencial de utilização da hipodermóclise em pacientes em cuidados paliativos hospitalizados.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar rodas de conversas para discussão sobre o tema hipodermóclise e analisar os movimentos dificultadores e facilitadores da implementação das diretrizes de utilização, manejo e manutenção adequados da punção de hipodermóclise.
2. Estabelecer e padronizar com a equipe médica e de farmácia clínica a lista de medicamentos (soluto), veículo (solvente) e volume de diluição, para prescrição de medicamentos para infusão por hipodermóclise para o perfil da população atendida.

6 MÉTODO

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa. A justificativa é porque se interessa aos processos que tem por cerne o ser humano em suas questões de vida e de sentimentos. As ações investigativas não se destinam a produção de certezas, mas de possibilidades e assim, produzem soluções mais peculiares e apropriadas para cada situação estudada. Nesta abordagem, a preocupação do pesquisador está voltada ao aprofundamento da compreensão de um grupo social e/ou de uma organização centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, considerando-se dialética a relação sujeito e objeto (MINAYO, 2001).

O delineamento desta pesquisa é uma aproximação a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

A PCA é inspirada na pesquisa-ação de Kurt e Levin e no processo de enfermagem, está orientada para o compromisso do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou dos usuários envolvidos no contexto da pesquisa. Sua premissa e principal característica é a articulação da teoria com a prática assistencial que se desenvolve com a participação ativa dos sujeitos. É orientada para a resolução ou minimização dos problemas na prática, ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, podendo levar a construções teóricas (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA é uma estratégia concreta e balizada de enfrentamento do problema da transferência de conhecimento para os serviços de saúde. Caracteriza-se como um delineamento dual, diferenciando-se de outros tipos de pesquisa por ser específica ao propor o desenvolvimento de conhecimentos técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro lado, requer a imersão do pesquisador na assistência.

Essa dualidade oferece e proporciona um caminho para “aprender a pensar o fazer” e neste estão implicados o “saber pensar teorias” e o “saber fazer, saber assistir”, provocando-se e alimentando-se continuamente. Considera a prática profissional como um campo potencialmente fértil de questões e conhecimento teórico que estão ligados na articulação intencional entre pesquisa e prática assistencial, alimentando indagações, influenciando e possibilitando renovações de saberes, vitalizando o trabalho vivo no campo da prática

assistencial e no da investigação científica. Pretende-se assim, manter as especificidades e as fronteiras bem delimitadas no que se refere ao tipo de conhecimento a que se vinculam aos aspectos éticos que dão suporte a uma e a outra, ao rigor científico e à finalidade de ambas.

O Conceito da convergência na PCA, segundo as próprias autoras, assemelha-se a uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal, proporcionando inúmeras possibilidades de descoberta de fenômenos. Assim, o essencial nesta abordagem é a **convergência**, os pontos de sobreposição, ou melhor, de **justaposição dos processos** da prática assistencial e da investigação científica, derivados da contínua ação dialógica e produzindo ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência, assumida e delineada como uma construção central, em torno das quais vários conceitos são nomeados, definidos e interconectados. Esse compromisso leva a efetivar a construção do nexo entre pensar e fazer, como dito anteriormente, buscando **concretizar mudanças e/ou inovações na prática assistencial** (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA pode ser conduzida em qualquer serviço de atuação da enfermagem, de qualquer nível de assistência à saúde da população (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A enfermagem tem se apropriado da PCA, por ter nascido nesta área de conhecimento, e ser uma profissão que tem enfoque no campo da prática, seja ela assistencial, gerencial ou educacional. No entanto, não se restringe somente à pesquisa na enfermagem, sendo possível que outras profissões a utilizem em seu cotidiano de prática, quando envolvem pessoas e/ou comunidades.

Nos estudos orientados pela PCA, as questões metodológicas estão distribuídas em quatro fases diferentes: Concepção, instrumentação, perscrutação e análise, que se mesclam em todo o percurso.

Como visto na apresentação, esse estudo nasceu de minha inquietação pessoal sobre o conhecimento do tema hipodermóclise e da necessidade, enquanto enfermeira e de parte de uma equipe multiprofissional de trabalho, em formular diretrizes para garantir uma prática assistencial de qualidade para pacientes, em CP ou não, com indicação de uso da hipodermóclise.

Esta pesquisa está apoiada nos fundamentos da ética e do rigor científico e estruturada conforme as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem

de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com numero CAAE 45475515.3.0000.5393 (ANEXO A). Um escopo desta pesquisa foi apresentado à Comissão de Pesquisa do Hospital Estadual Américo Brasiliense (FAEPA), e recebeu autorização para o desenvolvimento do estudo (ANEXO B).

Todo material decorrente desta pesquisa ficará guardado por cinco anos e descartado somente após este período, conforme a resolução 466/12.

6.1 LOCAL DO ESTUDO

O HEAB é parte do complexo assistencial HEAB-Ambulatório Médico de Especialidades (AME), vinculado a Diretoria Regional de Saúde III (DRS III), prestador exclusivo de serviços ao SUS, realiza assistência com foco na média complexidade; também vinculado ao Governo do Estado de São Paulo, é integrante do Complexo Acadêmico Assistencial do Hospital da Clinicas da Faculdade de Medicina-Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)/ Fundação de Auxílio ao Ensino Pesquisa e assistência (FAEPA)/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Destaca-se o atendimento de pacientes das áreas de Cuidados Paliativos e Neurologia, com o atendimento de reabilitação precoce de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) provenientes da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

O modelo de gestão busca inserir os colaboradores na construção do espaço coletivo de trabalho, objetivando a reflexão e discussão das necessidades operacionais, divisão de tarefas e papéis individuais com a participação dos colaboradores em colegiados internos, denominados de Grupos de Trabalho, propiciando um conhecimento integral dos processos de trabalho internos, com leitura crítica e propostas de melhorias contínuas, de forma coletiva, e com transformações constantes. A participação de diferentes categorias e áreas nesses grupos evita conflitos futuros e as mudanças ocorrem de forma mais rápida.

No HEAB, o processo de acreditação hospitalar iniciou em 2012, com o desafio de modificar a cultura de trabalho de todo o hospital, mantendo sempre o foco na segurança do usuário. Nesse período, diversos processos foram implantados e aperfeiçoados, como Identificação Correta do Paciente, Segurança nos Procedimentos Cirúrgicos, Higienização das Mãos para Prevenção de Infecções, Prevenção de Quedas, Segurança na Cadeia Medicamentosa e Prevenção de Úlcera por Pressão.

Em 2016, o HEAB recebeu o resultado positivo no processo de acreditação hospitalar e conquistou o primeiro selo de qualidade, da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Ser um hospital certificado é ter uma garantia de que todos os procedimentos do atendimento à saúde são analisados minuciosamente para evitar danos aos usuários, garantindo segurança nos cuidados prestados.

O hospital conta com 10 Leitos de UTI, 34 Leitos de Cirurgia e 60 Leitos de Clínicos disponibilizados nas enfermarias de Clínica Médica, Moléstias Infecciosas e Cuidados Paliativos, sendo um total de 104 leitos operacionais disponíveis para internação. Além desses, possui 04 leitos para atendimento inicial na Sala de Estabilização Clínica (SEC), sendo um deles em ambiente de isolamento. Em seu quadro de funcionários, a enfermagem representam 53,37% e a equipe médica 13,14%, de todos os contratados. Estas informações estão disponíveis no site de divulgação da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA) e são referentes ao relatório de atividades do HEAB do ano de 2015.

O HEAB mantém uma enfermaria para internação e manejo de controle de sintomas de pacientes em CP, inaugurada em agosto de 2011, esta enfermaria conta com 17 leitos vocacionados, contudo devido à demanda sempre crescente de pacientes idosos e/ou em fase final de vida, é frequente a presença de pacientes com este perfil, internados em todas as outras enfermarias do hospital, como a Clínica Médica, Moléstias Infecciosas e Unidade de Terapia Intensiva.

No HEAB o atendimento a pacientes que precisam de cuidados paliativos, não se restringe a pacientes com câncer, como acontece na maioria dos serviços destinados a esta população no Brasil. No último levantamento realizado no início de 2013, por alguns trabalhadores do setor, o perfil de atendimento majoritário (67%), era de pacientes com diagnósticos de doenças não oncológicas, entre elas as doenças neurologicamente degenerativas, como as Demências, Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, paciente com sequelas graves pós Acidentes Vasculares Cerebrais e Paradas Cardíacas e Respiratórias, doentes crônicos como os com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Fibrose Cística ou Síndrome do Vírus da Imunodeficiência Humana, entre outras. Os pacientes diagnosticados com câncer fora da possibilidade de cura representam 33% de todos os atendimentos.

Os pacientes atendidos são de ambos os sexos e de todas as idades. Contudo, 67% destes pacientes estão acima de 70 anos de idade, sendo que destes 20% entre 70 a 80 anos; 34% entre 80 e 90 anos e 13% acima de 90 anos. O tempo médio de internação para controle dos sintomas que era de 15,43 dias até 2012, atualmente esta em torno de 9,15 dias, o que demonstra que os sintomas estão sendo controlados mais rapidamente. Quanto a procedência, 74% dos usuários são procedentes de Américo Brasiliense ou Araraquara, cidade conurbada a esta primeira, os demais fazem parte dos municípios ligados a DRS III e 9% são transferidos da cidade de Ribeirão Preto. Após a alta da enfermaria, estes usuários são acompanhados no Ambulatório Integrado, contando com atendimento programado envolvendo médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo e apoio de assistente social e farmacêutico. No entanto, alguns pacientes podem ser encaminhados, por contra referência, para acompanhamento exclusivo ou compartilhado com equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próximas do usuário.

Em 2012, diante da necessidade da assistência aos pacientes em CP internados e dentro da perspectiva de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, foi realizado um treinamento teórico-prático, a nível institucional, que pretendeu divulgar o conhecimento sobre a técnica de punção de hipodermóclise.

A proposta inicial foi capacitar os enfermeiros e posteriormente os técnicos de enfermagem. O treinamento foi elaborado com base nas publicações do INCA, considerado como serviço brasileiro pioneiro em atendimento a pacientes fora da possibilidade de cura. O mesmo foi elaborado e ministrado pelas enfermeiras diretamente ligadas à assistência do setor de internação de CP, à época.

Atualmente esta mesma aula faz parte do cronograma de aulas da Integração do profissional ao serviço e é ministrada pelas enfermeiras responsáveis pelo setor de Educação Permanente, no treinamento admissional para enfermeiros. Esta é a única aproximação os profissionais ao tema, antes de irem para as enfermarias. A capacitação dos técnicos de enfermagem ainda não acontece.

A escolha da hipodermóclise para a infusão de medicamentos vem contribuindo substancialmente com a qualidade de vida dos pacientes em CP internados no HEAB, minimizando processos dolorosos com punções intravenosas consecutivas e com o melhor controle dos sintomas, devido à rápida titulação das drogas com infusão por subcutâneo. Nestes mais de quatro anos de utilização desta via de infusão, não foi notificada qualquer

evento adverso. Os relatos verbais de alguns pacientes quanto ao conforto com a instalação do cateter é um indicador de qualidade de assistência.

O paciente como cerne do nosso fazer em enfermagem é quem nos impulsiona a buscar a cada vez mais a qualificação da assistência. Entretanto, passamos a observar que a hipodermóclise estava sendo executada exclusivamente por alguns enfermeiros e que a realização deste procedimento técnico sofria resistências, principalmente em outros setores de internação que não o de CP, onde também existem idosos ou pessoas que precisavam de CP, mesmo que alguns destes profissionais tivessem recebido treinamento sobre hipodermóclise em 2012. Esta observação foi compartilhada verbalmente pela equipe médica que em reuniões multidisciplinares para discussão de casos, mostravam-se preocupados com a dificuldade da execução da prescrição medicamentosa por hipodermóclise pela equipe de enfermagem que insistiam nas infusões intravenosas, mesmo não havendo mais indicações para esta, contrariando assim, princípios de tratamento em CP relacionados à instrumentalização desnecessária e a dor.

Os trabalhadores que também assistem pacientes idosos e com doenças graves em outras alas de internação, que não o setor de CP, por não estarem diretamente ligados ao cuidado de pacientes em CP, geralmente não conhece a perspectiva paliativista de cuidar e não associam esta via de infusão como alternativa para os pacientes. Assim, quando o médico prescreve as medicações para controle de sintomas por hipodermóclise, o trabalhador da enfermagem, pelos motivos descritos acima e também por falta de habilidade com a técnica da hipodermóclise, permanece obstinado em tentar um acesso venoso periférico “a todo custo”, como uma maneira de postergar o posicionamento de um acesso no subcutâneo.

Estas e outras situações observadas, demonstravam que algo precisava ser feito para melhorar nossa assistência em relação a todas as ações que envolviam o procedimento hipodermóclise, pois enfermeiros, médicos contratados e plantonistas, que atuavam em todas as áreas de internação do hospital, verbalizaram ter dúvidas quanto aos sítios de punção, medicações e diluições a serem prescritos e infundidos.

A primeira atitude tomada foi visitar as alas de internação buscando pacientes com perfil paliativo de assistência, a fim de identificar possíveis transferências para o setor de CP e na impossibilidade desta por falta de leitos ou pela fragilidade clínica dos pacientes, conversar e instruir a equipe local. Nestas ocasiões ouvimos e esclarecemos dúvidas quanto ao sítio de punção, escolha e posicionamento do cateter e de quais medicações podem ser administradas

por esta via, foi ainda verbalizada falta de habilidade e insegurança para a execução da técnica de punção e relatos de desconhecimento sobre o tema.

6. 2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para o desenvolvimento do estudo, um escopo do projeto foi apresentado à Comissão de Pesquisa do HEAB, que foi analisado e recebeu autorização para o desenvolvimento do projeto, só então a pesquisadora solicitou ao departamento de recursos humanos uma cópia da escala de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem e uma lista constando o nome dos profissionais que estavam na vigência do período de experiência e/ou ausentes das atividades laborais por motivos de férias ou outros afastamentos.

De posse destas informações, organizamos os nomes dos potenciais participantes por turno de trabalho e ao final de cada passagem de plantão realizado a divulgação das informações sobre este estudo, de forma ampla, clara e objetiva. Em seguida conversado reservadamente com cada um dos interessados, sempre observando os critérios de inclusão e exclusão já elencados, esclarecendo as dúvidas que por ventura pudessem existir naquele momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi entregue e assinado, a seguir através de um instrumento de coleta (Apêndice B), foram coletados dados demográficos, utilizados para a caracterização dos trabalhadores do estudo.

Os participantes da pesquisa são a priori, trabalhadores do quadro funcional fixo do HEAB. Estes trabalhadores integram as equipes de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos que avaliam e prescrevem pacientes em cuidados paliativos e os farmacêuticos responsáveis pela farmácia clínica do setor de internação de CP.

6. 3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem que constam em escala de trabalho na enfermaria de cuidados paliativos do HEAB, do mês de agosto de 2015, os médicos contatados e os farmacêuticos responsáveis pela farmácia clínica do setor de CP.

6. 4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam dentro do período de experiência, durante o mês de agosto de 2015; e os profissionais que se ausentarem-se do trabalho durante todo o mês de agosto de 2015, por motivo de licença saúde, licença maternidade, férias e/ou outros motivos.

6. 5 OUTRAS INCLUSÕES

Durante o processo de negociação e articulação para a coleta de dados, foi percebida a necessidade de incluir nesta construção coletiva, os trabalhadores que não exercem as tarefas ligadas ao cuidado direto com o paciente, mas que de alguma forma decidem e deliberam sobre questões do cuidado, do trabalhador e/ou da normatização do trabalho assistencial.

A partir desta percepção, foram convidados os trabalhadores representantes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), do Serviço Especializado de Engenharia e Segurança do Trabalho (SESMT) e do setor de Qualidade, este último, em virtude de o HEAB estar em processo de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo que uma das solicitações dos avaliadores e visita realizada em 2014 tratou justamente da necessidade de concretização deste protocolo, do Setor de Educação Permanente (EP) com a proposta de difusão do conhecimento, e os profissionais com o foco de atuação nos processos de trabalho individual ou coletivo como a Gestão de Pessoas e a Coordenação de equipe Multiprofissional. Sendo assim, a construção se tornou mais ampliada, entretanto, mantendo-se dentro do objetivo de estabelecer diretrizes replicáveis para a punção e manutenção da hipodermoclise. Todos estes trabalhadores foram esclarecidos em sobre o estudo e assinaram o TCLE.

Os dados demográficos coletados com auxílio de um formulário (Apêndice A) permitiu a caracterização destes trabalhadores, quanto à formação, tempo de atuação na área de Cuidados Paliativos, idade, sexo.

O estudo contou com a participação de 42 trabalhadores, sendo 21 Técnicos de enfermagem; 11 Enfermeiros; 04 Médicos; 02 Farmacêuticos e profissionais de outras categorias sendo: 01 fisioterapeuta, 01 assistente social, 01 pedagogo, 01 oficial administrativo ligado ao setor de Qualidade. Dentre todos os participantes três são coordenadores de equipe (enfermagem, médica e equipe multidisciplinar); um gerente de

área; dois médicos geriatras e um médico infectologista. Apenas 02 trabalhadores possuem formação específica em Cuidados Paliativos.

O grupo de trabalhadores foi formado por pessoas com idades que variaram entre 25 e 50 anos, sendo que destes, 06 estão abaixo dos 30 anos de idade; 26 entre 30 e 40 anos e 10 entre 40 e 50 anos. O sexo feminino é representado por 81% destes trabalhadores. O tempo de atuação em cuidados paliativos, corresponde apenas ao tempo de atuação na enfermagem em que o estudo acontece, sendo um tempo médio é igual ou menor que três anos, exceto dois profissionais que já haviam trabalhado anteriormente com esta perspectiva de cuidado.

A população foi considerada adequada em relação aos saberes da prática assistencial sobre o tema pesquisado, pois contemplou trabalhadores de todas as categorias profissionais que exercem suas funções laborais diretamente com pacientes em cuidados paliativos e mais ativamente com a punção de hipodermóclise, do que os colaboradores de outras áreas de internação, além dos representantes de outros colegiados internos. Contudo, durante a coleta de dados que ocorreu na primeira fase com 4 oficinas e na segunda fase com 5 oficinas, outros trabalhadores manifestaram interesse no processo de construção do projeto, e assim sendo, participaram das oficinas.

Eles tiveram as suas contribuições e/ou expectativas acolhidas, uma vez que o processo de construção deste estudo e a metodologia utilizada permitem estas inclusões a partir dos movimentos de convergência entre a prática e a discussão sobre ela e o conhecimento acadêmico.

6. 6 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados adotada para este estudo foi a de Grupos de Convergência. Os Grupos de Convergência tem a finalidade de desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial em educação para saúde ou a prática clínica. Formados por usuários da saúde e também profissionais, tem sido utilizado como técnica de coleta de dados nas pesquisas de PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA 2014).

Para alcançar os objetivos elencados, seguimos um trajeto de (re) visitação dos processos de trabalho em saúde do setor de internação de cuidados paliativos sob um novo ângulo, o da ótica de todas as categorias de trabalhadores envolvidos naquela assistência.

Buscando alcançar estes objetivos de convergência e de retroalimentação em relação a prática assistencial e os saberes embasado na leitura científica em relação ao procedimento

técnico hipodermóclise, foram propostas e realizadas oficinas para discussão sobre o tema “hipodermóclise” com os trabalhadores.

As Oficinas realizadas por meio da constituição de Grupos de Convergência aconteceram em dois momentos diferentes, sendo a primeira fase no mês de setembro de 2015 e a segunda um mês depois, aconteceram em formato de rodas de discussão.

6.7 OFICINAS DE DISCUSSÃO

As oficinas de discussão sobre o tema hipodermóclise foram realizadas em duas rodadas. Cada rodada de oficina (I e II) foi realizada em todos os horários de plantão (noturno par e ímpar, manhã e tarde) a fim de propiciar a participação de todos os colaboradores. Sua composição foi aleatória respeitando a disponibilidade de horário de cada participante. As oficinas foram programadas para o tempo máximo de 90 minutos, ocorreram no tempo médio de 60 minutos. Estas aconteceram em dois períodos distintos, sendo quatro oficinas em setembro e cinco oficinas em novembro de 2015. A quinta oficina de novembro, foi necessária devido à adequação de horário de um grupo de trabalhadores, totalizando nove encontros, sendo que cada trabalhador participou uma única vez de cada rodada (I e II), totalizando duas participações durante todo o processo de coleta de dados.

As atividades da I oficinas iniciaram a aproximação dos trabalhadores com a tabela de medicações e o POT, e assim, estes foram estimulados a discuti-los, quanto a suas aplicabilidades. Os encontros dessa fase foram planejados, contaram com um plano de atividades (Apêndice D) e uma apresentação em Power point (Apêndice E). O recurso visual foi pensado e desenvolvido com o objetivo de mostrar imagens ou partes de textos, considerados “pontos chaves” sobre as dificuldades dos trabalhadores, observadas anteriormente pela pesquisadora na prática assistencial.

Este recurso visual, assim elaborado, serviu para fomentar a discussão destes pontos importantes para a validação de diretrizes para o protocolo, sendo possível com estas discussões, conhecer os conceitos e/ou pré-conceitos e dúvidas dos participantes, quanto aos processos que envolvem o procedimento técnico hipodermóclise e o uso das medicações por esta via, com a potencialidade de favorecer o aprendizado e a troca de conhecimento para todos os participantes em relação ao tema, através da partilha das experiências sobre a prática assistencial individual e/ou coletiva, quanto à técnica de punção, utilização, manejo e manutenção da via, possíveis dificuldades e outras experiências que envolvem a punção, sua

manutenção, os medicamentos, os volumes e a diluição das medicações que podem ser infundidas por hipodermóclise, além de todos os processos implícitos nestas ações que estão inclusos nos processos de trabalho do dia a dia da equipe, e que foram aparecendo durante as discussões nos grupos.

Para a realização das oficinas além dos recursos já descritos acima, escolhemos a estratégia de conversa em roda. Sentar-se em roda proporciona a observação global das pessoas, que diz respeito à capacidade de escuta, atenção, envolvimento, expressão oral e gestual, o posicionamento e entonação para fala diante de um grupo, sintetização de ideias e coerência necessária entre tema e a ideia exposta e/ou proposta, a escolha da estratégia que teve por finalidade, colocarmo-nos a todos como participantes e não apenas ouvintes, proporcionando o exercício da oralidade, da observação e intencionalmente de estarmos um ao lado do outro. Outra estratégia utilizada nas oficinas da primeira rodada foi iniciar os encontros com um “brainstorming” sobre “hipodermóclise”. A dinâmica propiciou que as palavras que foram ecoando dos participantes, trouxessem a público seus pensamentos sobre o tema, suas dúvidas e/ou convicções. Todas as palavras foram escritas em uma folha de papel (clip chat) e em algum momento da oficina, estas mesmas palavras foram inseridas no contexto da conversa e trabalhadas como conteúdo didático.

Com base nas gravações das primeiras oficinas, um roteiro representativo foi escrito para ser apresentado e pactuado na segunda rodada de oficinas – Oficinas II.

Na segunda rodada de oficinas que aconteceu em novembro de 2015, os principais pontos de divergência e convergência foram selecionados e constaram da discussão. As estratégias utilizadas na primeira oficina quanto a conversa em roda e o uso da mídia foram reproduzidas também neste momento, assim como o plano de atividades que norteou esta fase também. Todas estas ações possibilitaram que as primeiras narrativas pudessem ser validadas e aprofundadas quanto a suas potencialidades e/ou dificuldades, embasando a construção do protocolo assistencial.

Os dois encontros tiveram seus áudios gravados e foram transcritos na íntegra.

O local para a realização das oficinas foi previamente pensado, reservado e preparado para receber os trabalhadores com climatização e iluminação adequados, a proposta inicial incluía que a maioria dos participantes já estivesse fora do horário de trabalho, conforme esclarecido no TCLE. Contudo, algumas pessoas participaram das oficinas dentro do horário de trabalho, uma vez que existem horários diferentes de jornada de trabalho e a grande maioria dos trabalhadores não residem em Américo Brasiliense, e sim, em Araraquara e

Ribeirão Preto, o que torna inviável para estes, a permanência no hospital fora do horário das atividades laborais, ou mesmo retornar em horário distinto.

Para as oficinas do dia, uma sala de aula muito próxima à unidade de internação foi reservada para a atividade, para que se houvesse a necessidade de retornar ao trabalho, devido a uma intercorrência, por exemplo, o deslocamento seria rápido. Nos plantões do período noturno, todos os participantes estavam em horário de trabalho e as reuniões aconteceram na sala de prescrição, que é conjugada ao posto de enfermagem do CP, onde há uma bancada e vários computadores de uso de toda a equipe. Esta diferença de local escolhido para acontecer às oficinas, foi pensada como uma maneira de incluir todos os trabalhadores do setor, pois de outra maneira, poucos poderiam participar, sendo que, um motivo de impedimento são as rotinas não escritas, mas institucionalizadas.

Um fator complicador para atividades no noturno é o horário do jantar que é das 20 as 22 horas e todos devem descer dentro deste horário, jantar e subir para o trabalho. O jantar não é descontado da hora de descanso, que acontece a partir da meia noite, conforme normas da instituição. O refeitório abriga de um lado a cozinha industrial e do outro a parte disponibilizada aos trabalhadores. Os trabalhadores da nutrição encerram suas atividades as 22 horas, e a partir deste horário o local fica disponível para o pessoal da limpeza, não sendo possível nenhum trabalhador da enfermagem ou outra profissão, permanecer ali.

É expressamente proibido ao trabalhador se alimentar nas enfermarias, sendo esta uma adequação da instituição a ANVISA. Além destes detalhes, no setor de internação de CP, dificilmente um paciente tem mobilidade preservada, a maioria usa fraldas e alguns banhos são escalados no horário noturno. Por ser um lugar onde o perfil de internação é de idosos acamados, estes banhos não podem ser realizados muito tarde, por conta do frio. A enfermaria possui sistema de refrigeração central e é mantida a 23 graus como norma da instituição para controle de infecções.

Para que fosse possível a realização da oficina na sala de prescrição, o pessoal do Setor de Informática liberou um computador para uso do pen drive e com isso, o acesso ao roteiro em Power Point, uma das estratégias para discutir os temas sobre hipodermóclise.

Previamente foi planejado com a Instituição, que eu iniciaria a oficina as 20h:15min., a fim de que os trabalhadores tivessem se planejassem e realizassem as medicações do início da noite. A oficina terminaria as 21h, e assim eles poderiam se dividir em 3 grupos para jantar. Na hora combinada cheguei para a primeira oficina. Uma das equipes de plantões noturnos não havia sido avisada da oficina, aguardei terminarem as medicações e fizemos a

discussão. No noturno seguinte, dois trabalhadores, um enfermeiro e um técnico de enfermagem me disseram que estava descendo para o jantar, mesmo tendo sido avisadas que haveria a oficina. A impressão que ficou é de que a discussão de uma rotina de trabalho não era importante ou não tinha valor, talvez porque não estavam acostumados a esta forma de inclusão. Esperamos por cerca de 15min, no entanto não retornaram e para não atrapalhar o grupo, iniciamos nossa discussão, o grupo ficou aparentemente desconfortável, mas não verbalizaram nenhuma palavra sobre os colegas ou a ocorrência.

Na segunda fase de discussões, interferências inesperadas quase impossibilitaram a realização das oficinas no período noturno. A atividade foi planejada e organizada de forma semelhante à primeira fase das discussões, os dias da atividade foram informados e confirmados com antecedência, por e-mail, com as enfermeiras de educação permanente. No entanto, as equipes não tiveram acesso à informação.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) decidiu realizar uma atividade de educação continuada, *in loco* e sem informe prévio para a equipe do plantão ou a coordenação de enfermagem. Esta atividade iniciada às 20h durou 60 min. Por isso, em respeito aos trabalhadores, que poderiam ficar sem o jantar e aos pacientes que aguardavam cuidados e medicações, ajustei o tempo e firmei os acordos relativos às verbalizações dos grupos nas primeiras oficinas, finalizando o processo com os envolvidos na pesquisa.

6. 8 PROCEDIMENTO OPERACIONAL TÉCNICO

O documento Procedimento Operacional Técnico (POT) (Apêndice C) construído e entregue a instituição em dezembro de 2014, serviu como norteador das discussões, guiando a apresentação em Power Point do tema. O POT descreve o passo a passo da execução do procedimento técnico, de forma segura, garantindo acesso rápido a informações com base na literatura científica necessária para punção e manutenção o acesso, até que o protocolo seja finalizado com este estudo.

6. 9 LISTA DE MEDICAMENTOS E SUAS DILUIÇÕES

Após a ocorrência de um evento adverso farmacológico, iniciamos em equipe uma discussão envolvendo, médicos, enfermeiros e a farmácia clínica sobre a necessidade de padronização das medicações e suas diluições. As discussões foram progredindo e se

encaminhando para a formulação de diretrizes de estruturação de um de protocolo assistencial sobre hipodermóclise, incluindo o procedimento técnico e as medicações estabelecidas para o uso por esta via, em que fosse possível alinhar e justificar as definições acadêmicas com a prática clínica, atendendo às necessidades da assistência, da gestão e da política de segurança do paciente, além da consequente minimização de custos.

Neste período o hospital já havia iniciado o processo de acreditação, reforçando a necessidade de descrição de todas as rotinas e procedimentos através de protocolos.

A lista de medicações publicada pelo INCA em 2009 e adotada como referencia na enfermagem de CP desde 2012, foi utilizada como base para um levantamento bibliográfico, realizado nas bases de dados Pubmed, Bireme e Scielo, no período de agosto de 2014 a fevereiro de 2015. A busca eletrônica pretendeu identificar estudos originais que investigaram medicamentos com potencial de serem administrados pela via subcutânea. A estratégia de busca preconizou os seguintes descritores: infusions; subcutaneous; palliative care; hospice and palliative care nursing; hypodermoclysis; off-label use. Durante a busca, ficou evidenciado a escassez sobre este tema na literatura, assim, foram considerados elegíveis os estudos publicados em inglês, português, espanhol e francês de qualquer modalidade, sendo: artigos de revisão, estudos originais, editoriais, comentários, manuais e monografias. Apesar de pouquíssimos trabalhos publicados nesse período, optou-se por excluir os dados de teses de doutorado, dissertações de mestrado e resumos publicados em anais de congresso, uma vez que estes já estavam contemplados em artigos de mesma autora. Os artigos identificados e considerados elegíveis passaram para a etapa de análise com o intuito de extrair as seguintes variáveis: medicamentos administrados por hipodermóclise, diluição, tempo de infusão, administração contínua e em *bolus*, além de observações como, por exemplo, referente à administração em sítio único e concentração máxima. A tabela elaborada por meio desta estratégia de busca passou a ser discutida em processo dialógico e convergente confrontando literatura e prática clínica. Participaram mais ativamente comigo deste processo a farmacêutica clínica e um médico geriatra, com área de atuação em cuidados paliativos. Posteriormente, foram incluídos outros dois médicos geriatras e paliativista, sendo um trabalhador local e uma docente responsável pelo CP da Unidade Campus do Hospital das Clínicas. O objetivo naquele momento era adequar a lista de medicamentos selecionados para aquisição na instituição, ao perfil epidemiológico atendido no hospital e assim ser possível preservar os atributos de segurança, efetividade e qualidade na utilização desta via de infusão para o controle dos sinais e sintomas de pacientes que se encontram em CP.

No início de 2015 esta tabela de medicamentos foi disponibilizada para outra unidade do HCRP-FMRP-USP. Na Unidade de Emergência do HCRP a construção partilhada continuou à partir da contratação de um dos médicos geriatras e paliativista do HEAB para iniciar os CP daquela unidade, assim sendo, incluiu-se nesta discussão a farmacêutica local.

Apesar da tabela de medicamentos já ter sido disponibilizada para as unidades de Ribeirão Preto, a construção segue sendo aprimorada para atender ao perfil dos pacientes hospitalizados no HEAB, com a pretensão é de que as diretrizes que incluem a tabela de medicamentos e a normatização do procedimento técnico hipodermóclise sejam adotadas para todo o complexo assistencial do HCRP-FMRP-USP, do qual o HEAB é parte.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como este estudo nasceu da observação da pesquisadora durante e sobre a prática assistencial, alguns pontos de questionamento da equipe, já estavam sendo considerados anteriormente a sua concepção e permaneceram sendo observados e dialogados com os trabalhadores locais durante todo o processo de pesquisa, como a dificuldade da equipe de manejo e manutenção do acesso, diluição de medicamentos e dúvidas sobre quais medicamentos poderiam ser infundidos por esta via; tipo de cateter poderia ser utilizado e o tempo de permanência, como deveria ser a assepsia, qual seria o melhor sítio para punção, critérios de escolha dos sítios de punção, critérios de indicação de paciente a serem puncionados, porque puncionar uma hipodermóclise, volume de infusão que cada sítio suporta e qual o volume a ser infundido e se seria possível ou necessário a utilização de bomba de infusão. E foi o debate destes pontos com a equipe que permitiu a construção do protocolo assistencial de hipodermóclise. A observação da dificuldade dos enfermeiros em puncionar, hipodermóclise, mesmo após terem sido treinados, motivou todo este processo.

É importante ressaltar que durante a formação em saúde, seja em nível técnico ou superior, o conhecimento adquirido sobre a via subcutânea é de que é uma via de administração indicada exclusivamente para a infusão de pequenos volumes, sendo amplamente utilizada para reposição hormonal, como o hormônio da insulina ou na terapia de anticoagulação com o uso de heparinas, e que por tanto, este conhecimento adquirido é conflitante com a informação apresentada neste estudo, quanto da possibilidade de infusão de volumes maiores e outros medicamentos que não os comumente utilizados na prática clínica.

Possivelmente, a falta de conhecimento fundamentado sobre a técnica, favorece o descrédito quanto a sua utilização e impulsiona o profissional a “correr para pegar um novo acesso venoso” do modo “custe o que custar”, para assim, postergar o posicionamento de um acesso no tecido subcutâneo. Algumas falas durante a realização das oficinas evidenciaram este contexto:

E9: " você falou em puncionar, desculpa eu não sei a diferença. O que é uma punção agulhada e uma não agulhada para a hipodermóclise?"

T19: “Eu não gosto de fazer hipodermóclise. Vai crescendo aquela bola. Ai meu Deus, que dó, será que está doendo? Dá uma aflição, eu não gosto de hipodermóclise”.

T19: “Acho que é medo, é meu assim...Ah, sim, porque às vezes é até falta de conhecimento mesmo que a gente fica com essa insegurança na hora de fazer.”

A constante renovação do quadro de trabalhadores da enfermagem e médicos, o desconhecimento científico, em relação ao conceito paliativista de assistir e sobre hipodermóclise, aliado à inabilidade técnica referente ao posicionamento de um sítio de infusão medicamentosa no tecido subcutâneo podem ser contados como determinantes da dificuldade na popularização e implantação rotineira deste procedimento no HEAB. Tal fato pode estar relacionado com dificuldades em relação à implantação de novos procedimentos nas rotinas do trabalho. Um estudo realizado em hospital de Teresina – PI e que trata da implementação de novas tecnologias aos pacientes com câncer, apontam dificuldades dos enfermeiros em introduzir na prática, novas terapêuticas quimioterápicas e dentre elas, a ausência da abordagem na graduação (DE SOUZA et al., 2016).

Uma possibilidade de aproximação à lógica dos cuidados paliativos e a hipodermóclise no HEAB é como já acontece, o deslocamento dos enfermeiros de outras alas, para cumprem escalas no setor de CP, por conta da organização do trabalho. A outra perspectiva é a Educação Permanente.

Trazer a atividade educativa a ser discutida *in loco*, sob o foco da necessidade de quem esta na prática, é uma possibilidade de inclusão para estes trabalhadores e de fortalecimento das relações de trabalho. Novas possibilidades de participação das equipes em futuras capacitações precisam ser planejadas dentro da perspectiva da Educação Permanente. Em um estudo sobre cuidados com estomatoterapia em que foram escutados gerentes de enfermagem, apontam a ausência de treinamentos e capacitações com os profissionais do noturno. Tal perspectiva foi também vivenciada nesse estudo, com a vivência de dificuldades para a realização das oficinas nestes horários, o que indica a necessidade de investimentos nessa direção. (TEIXEIRA et al, 2016).

Através do processo participativo, convergente e dialógico entre a pesquisadora e os trabalhadores, adotado neste projeto, foi possível a formulação de diretrizes de estruturação de um de protocolo assistencial sobre hipodermóclise, incluindo o procedimento técnico e as medicações estabelecidas para o uso por esta via, em que foi possível alinhar e justificar as definições acadêmicas com a prática clínica, atendendo às necessidades da assistência, da gestão e da política de segurança do paciente, além da consequente minimização de custos.

A partir deste trabalho de pesquisa, o sistema eletrônico de prescrição hospitalar incluiu a hipodermóclise, como um item de seleção de via de administração, o que vem corroborar a segurança do paciente, as necessidades da assistência e da gestão.

A síntese das oficinas e de todas as questões suscitadas e discutidas durante o processo de pesquisa, foram materializados na descrição do protocolo assistencial, que foi elaborado e redigido a seguir.

Com a finalização desta pesquisa a expectativa é de que as diretrizes que incluem a tabela de medicamentos e a normatização do procedimento técnico hipodermoclise sejam adotados na assistência e possam fazer parte dos documentos da assistência do setor de cuidados paliativos da referida instituição.

Entendemos que o processo de mudanças em um espaço coletivo de assistência em enfermagem, caracteriza-se, sobretudo como trabalho coletivo e de inclusão e não o contrário, e que são os trabalhadores participantes na discussão e construção do conhecimento, que se comprometem com a continuidade da concretude das mudanças. Segundo Cecílio e Matsumoto (2006, p. 46), em qualquer situação de encontro evidente entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas dos usuários, há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar possa ser visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida”.

A PCA diferente das outras postulações qualitativas sustenta o envolvimento do pesquisador com o espaço da prática assistencial, de maneira a se inserir como parte dela para a produção de mudanças partilhadas; assim como a coleta de dados durante o seu trabalho de assistir complementarmente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), este processo possibilitou outros desdobramentos para esta pesquisa, que serão reportados a seguir, antes da apresentação do protocolo assistencial, que é objeto final desta pesquisa.

7.1 DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA

No período de negociações para realização deste estudo, combinamos com os gestores que o treinamento seria aplicado após a sua conclusão. Contudo, por uma necessidade do serviço, este treinamento foi antecipado e aconteceu em novembro, logo após a finalização das oficinas, tendo como participantes os enfermeiros.

Esta necessidade de treinamento somente para os enfermeiros foi justificada pela gerente de enfermagem como uma necessidade premente, diante dos dados apresentados pela CCIH sobre infecção hospitalar nas últimas reuniões de Grupo de trabalho. Esta necessidade foi verbalizada pela mesma, durante a ocorrência de uma das oficinas onde se discutiu sobre

as responsabilidades e a habilitação da equipe técnica para realização do procedimento. O assunto foi provocado pela pergunta “Quem pode puncionar?” Segundo a própria Gerente de Enfermagem:

... Nesse momento, como nós estamos com aumento nos índices das infecções por punção venosa eu prefiro que um grupo menor de pessoas, seja treinado e habilitado para a punção de hipodermoclise, facilitando assim a observação sobre este grupo e as possíveis falhas no processo de execução da técnica....Eu só estou querendo fazer aí um parâmetro para a verificação do que está acontecendo dentro da nossa instituição... Se todos forem liberados para puncionar, enfermeiros e técnicos, pode não acontecer nada, mas também pode acontecer de aumentar a taxa de infecção e isso é ser um problema tanto para o trabalho da Rita quanto para nós, enquanto instituição.

Esta iniciativa da gerente de enfermagem, de antecipar o treinamento que estava programado para depois da conclusão deste estudo, foi uma decisão da gestão e também entendo como uma decisão de proteção ao processo de desenvolvimento deste estudo. Desta forma, formulamos o treinamento de acordo com as informações coletadas nas oficinas, com a proposição de abordarmos tecnicamente pontos essenciais para a realização segura do procedimento técnico, trabalhando os pontos de convergência e divergências captados nas discussões durante as oficinas e em outros momentos de observação.

A partir desta ação educativa, propusemos a adoção de um indicador de processos (Anexo C), que foi analisado e implantado no primeiro semestre de 2016 pela instituição.

Este indicador possibilitará a análise da hipodermoclise quanto aos índices de uso e taxas de complicações, sua mensuração será diária e sua análise e discussão seguirá o fluxo de análise e discussão dos outros indicadores de processos que a instituição já tem adotado. Estas análises e discussões de resultados permitirão no futuro, direcionar as ações educativas relacionadas ao tema.

Todos estes dados que serão captados, possivelmente poderão ser utilizadas em trabalhos futuros de pesquisa relacionados aos temas hipodermoclise e CP, bem como, de outras temáticas que incluam a prática clínica e assistencial. Consideramos, portanto que este indicador de processos é também um dado potencial de análise sobre a prática procedimental, além de permear as possíveis ações de educação permanente. Inicialmente temos a convicção de que sua mensuração nos ajudará a avaliar a efetividade deste treinamento.

Aqui estamos adotando a terminologia “treinamento” compreendendo que se trata do desenvolvimento da habilidade específica da punção e que devido aos modos, tempo de execução e lógica adotada, está distante da Educação Permanente em Saúde proposta para o SUS (BRASIL, 2009).

Posteriormente este estudo tem como proposta, uma capacitação a ser realizada após a conclusão e defesa deste mestrado, conforme ficou estabelecida com os gestores do serviço durante o processo de pesquisa, esta capacitação poderá ser aplicada aos enfermeiros e aos técnicos de enfermagem. A proposta inclui a construção do plano de aula em parceria com as enfermeiras responsáveis pelo setor de educação permanente, uma vez que serão elas que irão difundir os conhecimentos replicáveis do protocolo assistencial.

A partir desde treinamento realizado em novembro de 2015, fomos convidados a treinar/ capacitar tecnicamente profissionais de outros serviços hospitalares públicos e privados na região da DRS III e XIII, o que temos feito sempre sobre a perspectiva da difusão do conhecimento, cooperando com a qualidade da assistência de enfermagem. O público alvo estabelecido por estes serviços permanece o de enfermeiros e farmacêuticos, além da equipe médica. Em janeiro de 2016, realizamos o treinamento teórico-prático para os 52 profissionais (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, auxiliares e técnicos de enfermagem) ligados ao Serviço de atendimento domiciliar (SAD), subordinado a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, nos laboratórios da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP-USP). A prática foi realizada por “simulação realística” e a ação educativa foi estendida até o campo de trabalho, com acompanhamento e assessoria “in loco” da equipe domiciliar. Entendemos como um desdobramento importante deste estudo, pois foi possível contribuir com a atualização não só dos profissionais do SAD, como também de alguns docentes e enfermeiros da EERP-USP. Outras ações futuras de desenvolvimento desse projeto estão programadas, incluindo a continuidade no acompanhamento prático e a assessoria na elaboração de um protocolo que institucionalize essa tecnologia como um recurso para os serviços de saúde do município, especialmente na atenção domiciliar.

A visibilidade da capacitação do SAD- RP proporcionou o início de uma conversa sobre a possibilidade de um curso de extensão em hipodermóclise para os alunos de graduação da EERP-USP, que pode ser aberto ao público externo.

Cabe ressaltar que todo esse processo permanece sendo considerado valioso, pois a cada público novas observações verbais e não verbais, são percebidas, (re) pensadas e incorporadas, enriquecendo assim o processo de conhecimento, educação. Este processo de

integração entre a academia e os serviços de saúde de diferentes níveis de assistência à saúde vai de encontro à proposta do mestrado profissional que é formar enfermeiros para desenvolver a prática avançada, a fim de consolidar o SUS, através de abordagem científica para a resolução de problemas, a fim de produzir e difundir conhecimentos e tecnologias criativas e inovadoras que atendam às necessidades de cuidado, educação, administração e gestão da saúde, especialmente em enfermagem.

Esta atividade desenvolvida foi apresentada como relato de experiência, no formato pôster no VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e III Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos, que aconteceu na cidade de Bento Gonçalves, em 22 de setembro de 2016, com o título “Hipodermóclise na assistência domiciliar” (QUAGLIO, CURVO, CHAYAMITI, FORTUNA, 2016), estará publicado e disponível nos Anais do Congresso, conforme informação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a partir de novembro deste mesmo ano.

Vários processos contraditórios fazem parte de todo este percurso de construção, desconstrução e reconstrução, vividas até aqui, processos que antecedem este período de dois anos vividos intensamente no Programa de Mestrado Profissional e que em sua grande maioria se tornaram potências de possibilidades e de realização.

A nossa vivência com a hipodermóclise dentro do mestrado profissional em enfermagem, resultou na participação no V Fórum de Mestrados Profissionais em Enfermagem, realizado em novembro de 2015 na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-DF, que teve como pauta principal discutir temas prioritários acerca das contribuições dos Mestrados Profissionais em Enfermagem para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O resumo apresentado intitulado: “Relato de experiência: hipodermóclise uma tecnologia leve-dura necessária no SUS” (QUAGLIO; MATUMOTO; FORTUNA, 2015), esta disponível e publicado nos Anais do Congresso.

Outra construção igualmente importante na perspectiva do tema e da abordagem metodológica deste estudo foi à participação na publicação de diretrizes sobre a hipodermóclise para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), intitulada: O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos / organização Daniel Lima Azevedo. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2016.

Os temas foram construídos a partir de referências científicas que dialogaram com a prática assistencial e com expertises dos profissionais nos grupos menores, o processo foi replicado no grupo maior, até que se chegasse a um consenso. O produto final do grupo maior

passou por revisores que questionaram cada elemento, buscando que as justificativas fossem sempre baseadas em aporte científico. Esta construção nacional foi possível, sem que acontecesse nenhum encontro presencial, utilizamos as mídias eletrônicas para a partilha do conhecimento e para as construções. O grupo de trabalho nacional conta com a participação de profissionais da área médica, enfermagem e farmacêuticos, acadêmicos ou não e cujo foco de atuação ou interesse é em CP.

Outras propostas de construções estão programadas para após a conclusão deste estudo e que emergiu durante os processos de discussão nas oficinas uma delas é a elaboração de uma cartilha a partir do protocolo assistencial elaborado aqui, que pretende ser redigida em tópicos, com linguagem simples, para o acesso de informações básicas sobre a hipodermóclise. O projeto ainda em fase de elaboração tem o nome de “Hipodermóclise - sempre a mão”. Outra proposta é a “Caixa de conhecimentos”, que pretende ser uma estratégia para a atualização dos trabalhadores quanto a assuntos relacionados à assistência em CP. A perspectiva é que qualquer profissional da equipe possa depositar uma dúvida, de ordem técnica ou não, sobre assuntos relacionados a CP. Uma vez por mês a equipe assume o compromisso de elaborar um slide em Power point para o esclarecimento das questões deixadas na caixa. Estas informações permanecerão em um computador da sala de prescrição, podendo ser acessadas por todos os trabalhadores, em qualquer horário de trabalho.

Esta pesquisadora, por motivos de ordem pessoal, precisou se retirar da assistência do serviço de saúde escolhido como cenário da pesquisa. Contudo permaneci em contato direto com os trabalhadores locais. O novo posto de trabalho, também na assistência direta a pacientes, que muitas vezes precisam de CP, mas não são assistidos com esta filosofia de cuidados, ampliou o olhar sobre as dificuldades dos trabalhadores sobre o tema, em relação aos ambientes de assistência ligada a procedimentos técnicos e as emoções que estas produzem no trabalhador e no paciente. Mais uma vez a observação e a habilidade de comunicação que fizeram parte deste estudo desde a sua concepção, foi indispensável para a construção deste conhecimento sobre hipodermóclise e CP.

8 PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Pacientes em cuidados paliativos precisam ser avaliados em todas as suas dimensões e o planejamento da assistência, impreterivelmente inclui o controle de sintomas, por isso Twcross (2003) refere que até mesmo a escolha da via de acesso para infusão medicamentosa destes pacientes precisa ser ponderada, pois em CP o objetivo do conforto prevalece também através da eleição da via de administração dos fármacos. Estas afirmações, nos guia na adequação diária da assistência, levando a buscas sempre melhores evidenciam para o cuidado sistematizado, mas, sobretudo fortalecendo a sensibilidade em relação ao outro, seja este outro o paciente, o profissional de saúde ou o familiar.

A seguir apresentamos o protocolo assistencial para a hipodermóclise, no qual consta a descrição do procedimento técnico de punção, as indicações, as contra indicações e algumas observações para sua manutenção e a seguir a lista de medicamentos, dose e diluições preconizadas.

HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE – FAEPA

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA HIPODERMÓCLISE

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA HIPODERMÓCLISE

Este Protocolo é fruto da dissertação do Mestrado Profissional oferecido pela Escola de
Enfermagem da USP de Ribeirão Preto – EERP/USP
da aluna Rita de Cássia Quaglio, sob a orientação da Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna.

RIBEIRÃO PRETO- SP

2016

INTRODUÇÃO

Prioritariamente a via de eleição para administração medicamentosa é a via oral (DUEMS-NORIEGA; ARIÑO-BLASCO, 2015; BRUNO, 2015; VERAS et al, 2014, AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; PONTALTI et al., 2012; BRASIL, 2011). É a preferida e eleita em mais de 75% dos pacientes, podendo ser mantida até as últimas horas de vida (DE SIMONE; TRIPODORO, 2004).

Esta via, no entanto pode tornar-se indisponível, devido à piora da condição clínica do paciente pela idade avançada e/ou comorbidade associadas, uma vez que idosos frequentemente apresentam condições que impossibilitam a manutenção adequada de níveis de hidratação e nutrição, potencializada com o avanço do prognóstico de finitude de vida e a redução do nível de consciência, sendo necessário recorrer a outras vias alternativas para suporte clínico (BRASIL, 2011). Assim, a utilização desta via para o controle da dor inicial em pacientes em Cuidados Paliativos (CP) tem como recomendação que possa ser substituída pela via oral ou subcutânea dentro das próximas 24 horas, (AVILÉS; ANTIÑOLO, 2013; WALSH et al., 2006). Na assistência em CP o objetivo do conforto prevalece também através da eleição da via de administração dos fármacos (TWYXCROSS, 2003).

Os pacientes de todas as idades em situação de terminalidade, em sua grande maioria, precisam de vias alternativas para administração de fármacos. Este percentual aumenta quando se trata de situações agônicas e a via retal, transdérmica, intranasal, sublingual e subcutânea devem ser consideradas para o controle dos sintomas (DE SIMONE; TRIPODORO, 2004). Perto das últimas quarenta e oito horas de vida pode-se optar pela descontinuidade de alguns medicamentos, porém outros se tornam imprescindíveis como os analgésicos, antieméticos, sedativos e anticonvulsivantes (HERNÁNDEZ et al., 2002; ADAM, 1997).

A via subcutânea é uma alternativa segura para aproximadamente sessenta por cento destes pacientes de todas as idades elegíveis para CP, em situações onde não é mais apropriado o uso da via oral, da via intramuscular ou devido à fragilidade vascular ou inexistência de acesso venoso periférico (VERAS et al, 2014; SILVA; LAMELO, 2013).

Para fundamentação deste protocolo foi realizado um levantamento bibliográfico, nas bases de dados Pubmed, Bireme e Scielo, no período de agosto de 2014 a julho de 2016, sobre o tema hipodermóclise e medicações para infusão por subcutâneo. A estratégia de busca preconizou os seguintes descritores: infusions; subcutaneous; palliative care; hospice and

palliative care nursing; hypodermoclysis; off-label use. Foram considerados elegíveis os estudos publicados em inglês, português, espanhol e francês, sendo: artigos de revisão, estudos originais, editoriais, comentários, manuais e monografias, uma vez que há escassez na literatura sobre este tema.

Devido ausência de consenso entre os medicamentos que podem ser administrados por hipodermóclise e às controvérsias com relação à dose, tempo de infusão e diluição, foi elaborada uma tabela por meio da estratégia de busca empregada que foi discutida com a prática assistencial local, com o intuito de adequá-la para o perfil epidemiológico atendido no hospital estudado e à lista de medicamentos selecionados na instituição.

Devido a ausência de cateter apropriado para a punção de hipodermóclise, foi preconizado pela equipe durante o processo de construção coletiva, que será adotado cateter agulhado (tipo scalp) sem o dispositivo de recolhimento automático da agulha (23 e 25G), e em situações especiais o cateter não agulhado intima (22G).

Deste modo, foram assegurados os atributos de segurança, efetividade e qualidade na utilização desta via para o controle dos sinais e sintomas de pacientes que se encontram em cuidados paliativos.

As diretrizes elaboradas neste estudo têm um perfil conservador, justamente para garantir segurança aos pacientes assistidos e maior adesão dos profissionais quanto à técnica de infusão.

Os protocolos podem contribuir com a segurança e precisam considerar as limitações humanas, se antecipar na identificação de riscos, antes que estes atinjam o paciente e lhe causem danos. Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referenciais científicos e tecnológicos, precisam ser reavaliados quanto a sua aplicabilidade, através de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, pois do contrário apresenta risco significativo de produzir um processo de trabalho pobre para gestores e trabalhadores, sem lugar para a renovação e inovação (WERNECK et al., 2009).

OBJETIVO:

Descrever o procedimento operacional técnico de punção do tecido subcutâneo para infusão de medicações e/ou soluções isotônicas.

Descrever a manutenção e manejo da hipodermóclise.

Estabelecer a lista de medicamentos e suas diluições, para infusão por hipodermóclise.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Ambulatório;

Ala Azul: Cuidados Paliativos;

Ala Azul: Clínica Médica;

Ala Branca: Hospital Dia/ Cirurgica;

Ala Laranja: Clínica Médica;

Ala Laranja: Moléstias Infecciosas;

Sala de Estabilização Clínica.

Unidade de Terapia Intensiva

ESPONSÁBILIDADES**Médicos:**

Prescrição eletrônica da medicação pela via hipodermóclise e titulação das drogas.

Enfermeiros:

Indicação de hipodermóclise;

Punção de sítios de hipodermóclise e sinalização quanto a peculiaridades, como medicações que necessitem de sítio único:

Avaliação diária da punção e anotação da característica do sítio de punção e da pele peri-punção no prontuário eletrônico do paciente;

Verificação da compatibilidade das drogas e o aprazamento da prescrição;

Alimentação da planilha do Indicador de Processos Clínicos: hipodermóclise;

Prescrição de cuidados no impresso “Prescrição de Enfermagem”.

Farmacêuticos:

Manter em estoque medicamentos que podem ser utilizados por hipodermóclise;

Contribuir no monitoramento da efetividade e segurança da administração de medicamentos por esta via.

Técnicos de enfermagem:

Administração dos medicamentos conforme o protocolo;

Manutenção da integridade do acesso;

Anotação sobre as características do sítio de punção e pele peri-punção;

Informar ao enfermeiro, caso evidencie sinais flogísticos ou anormalidades no sítio de punção

Checar as ações relacionadas a hipodermóclise na Prescrição de Enfermagem.

VANTAGENS

Via de administração segura, que apresenta mínimo desconforto ao usuário, risco mínimo de complicação sistêmica e local, fácil manipulação e manutenção.

Na administração por via subcutânea (SC) os níveis plasmáticos dos medicamentos são mantidos elevados por mais tempo em relação a via EV e IM e adquirindo ação semelhante a um medicação de ação prolongada

INDICAÇÕES

Usuários de qualquer idade, que apresentem impossibilidade da ingesta por via oral e/ou dificuldade de acesso à rede venosa.

Usuários com terapêutica indicada para hipodermóclise.

Usuários em cuidados paliativos ou não.

CONTRA INDICAÇÃO

As contraindicações estão relacionadas a:

- ✓ Situações de emergência;
- ✓ Desequilíbrio hidroeletrólítico severo;
- ✓ Desidratação severa;
- ✓ Sobrecarga de fluidos (ex: Insuficiência cardíaca congestiva e anasarca);
- ✓ Risco severo de congestão pulmonar (ex. Insuficiência cardíaca congestiva e Síndrome da Veia cava Superior).

CONTRA INDICAÇÃO RELATIVA

- ✓ Distúrbios de coagulação;
- ✓ Edema.

TROCA DA PUNÇÃO

Trocar o sítio de punção a cada 72 horas, seguindo a **recomendação da ANVISA**.

Usuário em terminalidade iminente: avaliar a necessidade de troca da punção a cada plantão e realizar anotação em prontuário eletrônico, sobre as características do sítio de punção e pele peri-punção;

Atenção: Sinais de irritação local podem aparecer nas primeiras 4 horas logo após a punção, esta irritação é normal, se persistir por tempo superior, realizar a troca do sítio de punção.

NÃO PUNCIONAR:

- ✓ Sobre proeminências ósseas;
- ✓ Nas proximidades de articulações;
- ✓ Em região de pele com linfedema;
- ✓ Sobre área de irradiação;
- ✓ Presença de erupção de qualquer tipo;
- ✓ Em áreas de tumoração;
- ✓ Em pele lesionada, infectada ou inflamada;
- ✓ Em abdome com ascite.

Atenção: Atentar-se para punções em de coxa e abdome muito próximas a fechamento de fralda descartável,

GOTEJAMENTO

O princípio é da infusão é sempre lenta.

Utilizar equipos de micro gotas para infusão de volumes.

O uso de bomba de infusão pode ser considerado, em caso de analgesia ou sedação paliativa, mantendo o fluxo de infusão em torno de 60 ml/h.

Atenção: A infusão máxima permitida é de 125 ml/h em BIC.

RECOMENDAÇÕES

Considerar a relação entre as condições clínicas do paciente, a presença/ espessura de subcutâneo no local e as medicações prescritas;

Fazer rodizio das punções respeitando a distância mínima de 5 cm do local da punção anterior.

Após a administração de cada medicamento, lavar o acesso com 1 ml de SF 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo seja introduzido no sítio de punção e que não haja interação medicamentosa ainda no conduto introdutor ou extensor.

Se for observado edema local persistente, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender temporariamente a infusão de reidratação.

Manter monitoramento das punções em relação a sinais flogísticos relacionados à celulite: edema, calor, eritema persistente e dor no local da infusão, endurecimento da área e hematoma além de sinais de infecção.

Em pacientes agitados ou em risco de machucar-se ao arrancar as punções, realizar a punção com cateter não agulhado ou na região posterior de tórax.

Em caso de sedação paliativa, puncionar em outro local para medicações intermitente caso haja medicações incompatíveis.

Atenção: A infusão de sedação paliativa nunca deve ser interrompida por mais de 2 horas

LIMITAÇÕES

O volume máximo de infusão recomendado em 24 horas é de 3.000ml, sendo 1.500 ml por sítio em 24 horas.

Se observado edema importante em região de punção, reduzir o volume de gotejamento.

Atenção: Na presença de edemas e hematomas a velocidade de absorção dos fluidos por hipodermoclise diminuem.

ÁREAS DE PUNÇÃO

É recomendável para a infusão subcutânea, uma espessura mínima de subcutâneo de 1,0 a 2,5 cm (DUEMS-NORIEGA, ARIÑO-BLASCO, 2015).

IMAGEM	ÁREAS DE PUNÇÃO	VOLUME/ 24h
<p>ANTERIOR POSTERIOR</p>	Região deltoidea; Região anterior do tórax; Região escapular; Região abdominal; Face anterior e lateral da coxa.	Região de deltoide e região subclavicular: até 250 ml Coxa: até 1.500 ml, com infusão máximo 62,5ml/h. Abdome: até 1000ml .

MATERIAIS PARA A PUNÇÃO

- 01 bandeja
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 almotolia de solução de gluconato de clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%;
- 01 bola de algodão;
- 01 cateter agulhado n23, ou 25 (scalp, butterfly), ou o não agulhado n22 (Íntima);
- 01 polifix ou 01 extensor, para o caso de ser usado o cateter não agulhado;
- 01 tampa para equipo multi vias -“luer fema”;
- 01 agulha para aspiração da medicação 25x12 mm;
- 01 seringa de 10 ml;
- 01 flaconete de 10 ml de SF 0,9%;
- 01 cobertura transparente e estéril para punção;
- 01 10 cm de fita médica adesivada tipo “micropore”;

REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 1) Verificar no impresso “Prescrição Médica” e conferir a identificação completa do usuário: nome, registro de prontuário, quarto e leito, nome da medicação, dose, diluição e via de administração e a data da prescrição;
- 2) Realizar higiene das mãos, conforme Procedimento Operacional Técnico “Higiene das Mãos”;
- 3) Aspirar 10 ml de SF 0,9% em seringa;
- 4) Preencher o lúmen do extenso do cateter agulhado com SF 0,9% e manter a seringa acoplada na via introdutória;
No caso do uso do cateter não agulhado, preencher o lúmen do polifix ou extensor avulso;
- 5) Reunir os materiais em bandeja;
- 6) Dirigir-se ao quarto do usuário;
- 7) Apresentar-se ao usuário e acompanhante, informando o nome e função;
- 8) Conferir identificação do paciente os dados da pulseira de identificação e da prescrição médica;
- 9) Explicar o procedimento a ser realizado;
- 10) Receber o consentimento verbal do paciente ou cuidador para a punção;
- 11) Apoiar a bandeja na mesa de cabeceira;
- 12) Higienizar as mãos, conforme Procedimento Operacional Técnico “Higiene das Mãos”;
- 13) Calçar as luvas de procedimento;
- 14) Selecionar região adequada para punção;
- 15) Realizar a assepsia local com algodão umedecido com gluconato de clorexidina alcoólica a 0,5% **ou** álcool a 70%;
- 16) Realizar a assepsia da pele utilizando movimentos circulares do centro para as bordas **ou** movimentos em sentido único;
- 17) Realizar a prega cutânea, sem tocar o local da inserção do cateter;
- 18) Introduzir a agulha, de forma rápida e firme, em ângulo entre 30° e 45°, a depender da quantidade de tecido subcutâneo do paciente;
- 19) O sentido da agulha na punção deve ser em direção centrípeta (centro do corpo);
- 20) Certificar-se do posicionamento da punção no tecido subcutâneo (a sensação de que a agulha esta solta no subcutâneo – não há resistências observadas através da sensibilidade do tato);
- 21) Soltar a prega;
- 22) Manter o cateter agulhado seguro com a mão não dominante;

- 23) Aspirar a punção certificando-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- 24) Realizar flush de 1 ml de SF 0,9%, lentamente para manter a permeabilidade do acesso;
- 25) Fixar o cateter agulhado com a cobertura estéril e de preferencia transparente;
- 26) Desprezar a seringa;
- 27) Limpar o óstio do extensor com algodão embebido em álcool a 70%;
- 28) Posicionar a tampa “luer fema” ocluindo a linha de acesso;
- 29) Enrolar o extensor do cateter e fixá-lo com a fita adesivada “tipo micropore”, como medida de prevenção de perda acidental do dispositivo;
- 30) Identificar a punção com data, hora e nome do responsável pela execução da técnica e se sítio de administração é exclusivo de uma medicação identifica-lo com esta observação;
- 31) Reposicionar o usuário confortavelmente no leito;
- 32) Recompôr a unidade;
- 33) Desprezar os materiais adequadamente;
- 34) Higienizar a bandeja com álcool a 70%, antes de guardá-la;
- 35) Higienizar as mãos, conforme POT “Higienização das Mãos”;
- 36) Proceder com anotação no prontuário eletrônico do usuário registrando o local de punção, o número de cateter e a hora da realização do procedimento;
- 37) Prescrever os cuidados com a manutenção da punção no impresso “Prescrição de Enfermagem”.
- 38) Manter o scalp ou cateter não agulhado salinizado;
- 39) Orientar o paciente a comunicar sempre que sentir dor, queimação, ardência durante a infusão de medicações ou soros, ou quando perceber que o local da punção está inchado, vermelho ou quente;
- 40) Após a administração de Medicações Intermitentes fazer flush no cateter com 1 ml de soro fisiológico, não há necessidade de aspiração antes de administrar nova dose;
- 41) Se infusão contínua controlar gotejamento;

OBSERVAÇÕES:

Ao puncionar, aspirar e no caso de retorno sanguíneo, retirar a punção, desprezar o cateter agulhado, realizar compressão local com algodão limpo e seco e reiniciar o processo em outro sítio. Pode ser puncionado novo sitio a 5 cm de distância do anterior.

Após a administração de cada medicamento, lavar o acesso com 1 ml de SF 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo seja introduzido no sítio de punção e que não haja interação medicamentosa ainda no conduto introdutor.

Se for observado edema local persistente, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender temporariamente a infusão de reidratação.

CUIDADOS PARA MANTER A PUNÇÃO

- 1) Lave as mãos antes de cada manuseio do cateter para prevenir infecção;
- 2) Faça assepsia da via de acesso sempre que abrir o sistema, friccionando algodão embebido em álcool a 70% no óstio do lúmen de acesso;
- 3) Troque a tampa Luer Lock a cada manipulação;
- 4) Oriente o paciente, familiares e equipe sobre a possibilidade de discreta hiperemia e edema no local de inserção do cateter logo após a punção e por até 4 horas;
- 5) Proteja a punção com plástico durante o banho para manter a área seca.
- 6) Cuidado com o posicionamento de fraldas

CUIDADOS EM CASO DE AGRAVOS

EDEMA, CALOR, RUBOR OU DOR PERSISTENTE.	Retirar acesso. Fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância.
CELULITE	Retirar acesso Compressa gelada por 15 minutos. Curva térmica rigorosa. Comunicar equipe médica: considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico.
SECREÇÃO PURULENTA	Retirar acesso. Drenagem manual. Limpeza com SF 0,9% e clorexidine alcoólica 5%. Curativo oclusivo com troca pelo menos a cada 24h. Comunicar equipe médica: considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico. Acompanhamento diário por enfermeiro. Não puncionar próximo ao sítio retirado até total resolução.
ENDURECIMENTO	Retirar acesso. Fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância. Observação: pacientes com câncer avançado e comprometimento da rede ganglionar podem apresentar edema de parede, que se confunda com infiltração local e endurecimento.
HEMATOMA	Retirar acesso. Aplicar polissulfato de mucopolissacarídeo tópico de 4/4h e massagem local. Realizar nova punção com cateter não agulhado. Observação: em pacientes com risco de sangramento, indica-se a punção em flanco, em altura entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, pois é a região menos vascularizada do abdome.
NECROSE	Retirar acesso. Curativo diário, avaliar indicação de desbridamento com papaína ou hidrogel. Acompanhamento diário por enfermeiro.

Adaptado de AZEVEDO, 2016.

ATENÇÃO: em todas as situações de agravos, é necessário:

Acompanhamento diário por enfermeiro.

Evolução no prontuário do paciente

Informação de agravos ao setor de Risco/ Qualidade

Informar ocorrência no impresso “indicadores clínicos”

Não puncionar na mesma área por pelo menos 10 dias, ou total resolução local.

INDEXAÇÃO

As evoluções de enfermagem e de outros profissionais serão armazenadas no prontuário eletrônico do usuário através do sistema informatizado HCFMRP- USP e o prontuário físico será arquivado no SAME (Serviço de Arquivo Médico), por ordem de registro e cor (Sistema dígito terminal).

No prontuário eletrônico o registro deve ser feito no campo Evolução de Enfermagem, contendo as seguintes informações:

- ✓ Data e horário;
- ✓ Número de tentativas de punção;
- ✓ Tipo, calibre e número de dispositivos utilizados;
- ✓ Local puncionado;
- ✓ Curativo (película) e fixação realizados;
- ✓ Dificuldades encontradas;
- ✓ Condições do local da punção;
- ✓ Intercorrências durante o procedimento.
- ✓ E sobre a manutenção diária com a hipodermóclise.

INDICADOR

O enfermeiro deve coletar diariamente os dados referente a hipodermóclise conforme planilha de coleta de indicadores clínicos institucionais. (Anexo 3)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Enfermeiros: Assinalar os cuidados com hipodermóclise, no impresso “Prescrição de Enfermagem”.

Técnicos de enfermagem: Checar a prescrição de enfermagem a cada palntão.

ORIENTAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS:

Medicamentos de baixa solubilidade em água são diluídos em solução oleosa e, portanto, apresentam baixa segurança para administração por via subcutânea.

Medicamentos ou soluções com extremos de pH correm o risco de causar irritação local além de haver a possibilidade precipitar-se no local da administração, sendo assim, incompatíveis com a administração por via subcutânea.

Atenção: Medicamentos que não podem ser infundidos por hipodermóclise, **fenitoína, diazepam, diclofenaco, eletrólitos não-diluídos e Nutrição Parenteral (NPT).**

COMPATIBILIDADE

Algumas medicações, quando associadas, interagem entre si, levando à modificações nas suas características, desde precipitações até a modificações na eficácia de um ou vários medicamentos. Desta forma, no momento da prescrição de medicamentos por via subcutânea deve-se estar atento a essa possibilidade de incompatibilidade entre as drogas prescritas para evitar essa interação. Recomenda-se, portanto, que, em caso de incompatibilidade, as medicações sejam feitas em sítios distintos e distantes um dos outros, havendo a necessidade de duas ou mais punções para tal.

A seguir, a tabela de medicamentos e quadro de compatibilidade entre drogas para administração por via subcutânea.

Tabela de medicamentos para hipodermóclise

Tabela1 – Medicamentos: uso por hipodermóclise.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE	DILUENTE	OBSERVAÇÕES
BROMOPRIDA	Ampola de 10mg/2mL	antiemético	20-60mg -	SF 0,9% diluir 1:1	<i>Bolus</i> : Infusão lenta
CEFEPIME	Frasco-ampola 1g	Antimicrobiano: Infecções bacterianas sensíveis a cefepime	Dose 1g de 12x12h; Reconstituir 1 g de cefepime em 10 mL de água destilada e (re)diluir em 100 mL de SF 0,9%	SF 0,9%	Prática clínica: Não mesclar durante a infusão. Tempo de infusão: 60 minutos
CEFTRIAXONA	Frasco-ampola 1g	Antimicrobiano: I Infecções bacterianas sensíveis a ceftriaxona	Dose: 1g de 12/12h Administração em perfusão contínua: reconstituir 1g do pó liofilizado em 10 mL de água destilada, e (re) diluir em 100 mL de SF 0.9% .	SF 0,9%	Tempo de infusão: 60 min . Prática clínica: observar e manter a diluição recomendada e infusão lenta para evitar irritação local. Não mesclar durante a infusão.
DEXAMETASONA	Ampola de 10mg/2,5mL	Anorexia, Aumento da pressão intracraniana; Compressão medular, Dispneia, Dor, Náusea e vômitos refratários,	Dose usual 0,75 a 15mg/dia, dependendo da indicação	SF 0,9% diluir 1:1	Observar preparação (medicamento disponível em outras formulações - liberação prolongada). Frequentemente administrado 1 ou 2 vezes ao dia, de preferência pela manhã, evitando o risco de insônia e supressão adrenal. Bolus: Infusão lenta, o tempo de infusão preconizado é de 15 min. Administrar em sítio exclusivo

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE	DILUENTE	OBSERVAÇÕES
DIPIRONA	Ampola de 1g/2mL	Dor e/ou febre	1g até 6/6h	SF 0,9% 1:1	<i>Bolus</i> : Infusão lenta
ESCOPOLAMINA	Ampola de 20mg/ml	Antisecretor, sialorréia, antiespasmódico, antiemético	0,25-180mg/dia, dependendo da indicação	SF 0.9% 1:1ml	Pode produzir boca seca e confusão e causar sedação, por ultrapassar a barreira hemato-encefálica. OBS: a administração de buscopan-composto é contraindicada por via SC.
FUROSEMIDA	Ampola de 20mg/ml	Dispneia devido a congestão pulmonar, Diurético	20-140mg ¹ em bolus	SF0,9% 1:1 ml	<i>Bolus</i> : Infusão lenta
HALOPERIDOL	Ampola de 5mg/mL	Delirium, agitação, náusea induzida por opioides, antiemético	Dose como antiemético: 0,5-2 mg/8h ou 2,5-30mg/dia Dose para agitação: 2,5-30 mg/dia ¹ Dose para estado de confusão: 2,5-20mg/dia ¹ Dose para sedação: 2,5-5 mg/ <i>bolus</i> ou 2-20 mg/dia Dose para sedação + estado de confusão: 2,5-10 mg/ <i>bolus</i> ou 5-30 mg/dia. Concentração máxima 2mg/mL	Agia Destilada (AD) 1:1ml	Pode-se administrar em bolus único diário, por ter meia vida longa. Recomenda-se a metade da dose para idosos. Pode-se administrar em forma de <i>bolus</i> único diário, por ter meia vida longa **Diluir em água para injeção, pois altas doses podem precipitar com SF 0.9% ¹ Administrar em sitio exclusivo

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE	DILUENTE	OBSERVAÇÕES
LEVOMEPROMAZINA	Ampola de 25mg/5mL	náusea, delirium, agitação. Para sedação (segunda escolha depois do midazolam)	As doses a serem administradas podem variar entre 2,5-500 mg/dia, dependendo da indicação. Sedação, agitação: 5-200 mg/dia	SF 0,9% 1:1ml	Fazer rodízio com frequência (2-3dias, para reduzir irritação) Pode produzir hipotensão ortostática em altas doses. É comum a ocorrência de reação no local da aplicação - é irritante. <i>Bolus</i> : Infusão lenta
METOCLOPRAMIDA	Ampola de 10mg/2mL	náusea e vômito de origem periférica, Estase gástrica por compressão tumoral	Dose: 10-20mg/ 6-8h ou 30-60 mg/4-6h em <i>bolus</i>	SF 0,9% 1:1 ml	Procinético. Evitar se completa obstrução intestinal ou cólica. É irritante. DILUIR O MÁXIMO POSSÍVEL. Monitorar possíveis efeitos extrapiramidais. A administração combinada com outros medicamentos pode causar precipitação.
MIDAZOLAM	Ampola 50mg/10mL	Convulsões Dispneia terminal; Espasmos musculares; Mioclonias, Sedação, Soluços intratáveis	É recomendável iniciar com um <i>bolus</i> de 2.5-5.0 mg e logo após, iniciar infusão contínua de 5-10mg/dia, que deve ser ajustada de maneira individualizada	SF 0,9%	Recomendável iniciar com <i>bolus</i> e depois progredir com infusão contínua. Primeira escolha como sedativo. Titular de acordo com sintomas.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE	DILUENTE	OBSERVAÇÕES
MORFINA	Ampola de 10mg/1mL	Dor moderada-severa, dispneia, tosse, sedação	<p>Dose: 0.5 mg/ Kg/ dia (a cada 4 horas, em <i>bolus</i>)</p> <p>5-30mg, se não tiver utilizado opioides anteriormente, em infusão contínua ou em <i>bolus</i> a cada 4h.</p> <p>10mg/mL é bem tolerada e pode ser administrada a cada 4h, associada à dose de resgate de 6mg (0,6mL) a cada 1 hora, se necessário.</p>	<p>SF 0,9%.</p> <p><i>Bolus</i> 1:1 ml</p> <p>Prática clínica: Em caso da dose prescrita ser menor de 10mg *, diluir 01ampola (10mg/1ml) em SF0,9%,</p>	<p>Primeira escolha. Não existe limite de doses.</p> <p>Pode produzir prurido por dilatação dos vasos sanguíneos ao liberar histaminas. indicação para tratamento sintomático: Hidrocortisona de 25mg.</p> <p>Alcança concentrações plasmáticas similares a EV em 15 minutos.</p> <p>Equivalência oral: SC= 2:1 ou 3:1.</p> <p>Necessidade de observar efeitos adversos que limitem aumento de doses.</p> <p>Uso com cautela nos estágios 4 e 5 de doença renal crônica e em pacientes em choque.</p> <p>Prática clínica: Em caso da dose prescrita ser menor de 10mg, diluir 01ampola (10mg/1ml) 9 ml de SF0,9% e administrar a dose prescrita.</p>
OCTREOTIDA	Ampola de 0,1mg/1mL	Vômitos intratáveis devido obstrução intestinal, fístula	<p>300-900mcg em 24h</p> <p>Pode ser administrada tanto em perfusão contínua como em <i>bolus</i> (dose de até 1mg/ dia)</p>	SF0,9%	<p>Medicamento armazenado em refrigerador. Antes de administrar deixar chegar na temperatura ambiente.</p> <p>Agente antissecretório potente</p> <p>Não trata náusea</p> <p>Limitar a infusão de líquidos para 1-1,55L/24h</p> <p>Pode ser irritante.</p> <p>NÃO MISTURAR COM OUTROS FÁRMACOS</p>

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE	DILUENTE	OBSERVAÇÕES
ONDANSETRONA	Ampola de 4mg/2mL	Náuseas e vômitos, causas químicas (uremia)	8-24mg/dia	SF0,9% 1:1ml	Velocidade de infusão: 1mg/hora. Inibe os efeitos analgésicos do tramadol.
RANITIDINA	Ampola de 50mg/2mL	Protetor gástrico	50-150mg em 24h dose máxima 300mg/dia	SF0.9%	Administrar em sitio exclusivo
TRAMADOL	Ampola de 100mg/2mL	Dor moderada-severa	100-400mg em 24h em <i>bolus</i> a cada 6-8h ou em perfusão contínua Infusão contínua: 2mg/kg/dia Infusão intermitente: 100 mg inicial e doses de 50 mg a cada 10-20min Dose máxima: 400-600mg/dia ¹	SF0,9%	

SOLUÇÕES ISOTÔNICAS	VOLUME	INFUSÃO
Solução Fisiológica 0,9%	Atentar-se para o volume total prescrito	Infusão continua.
Solução Glicofisiológica 5%		
Solução de NaCl a 45%		

TABELA 2 – Quadro de compatibilidade entre as medicações para administração por hipodermóclise

MEDICAMENTOS	cefepime	ceftriaxona	bromoprida	dipirona	escopolamina	furosemida	haloperidol	levomepromazina	metoclopramida	midazolam	morfina	octreotida	ondansetrona	ranitina	tramadol	dexametasona	haloperidol
cefepime		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	I
ceftriaxona	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	I
bromoprida	S	S		S	S	S	S	S	S	S	S	I	S	S	S	I	I
dipirona	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	I
escopolamina	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I	I
furosemida	C	C	C	C	C		C	C	I	I	I	I	C	I	C	I	I
Haldol	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	I	C	I	C	I	I
levomepromazina	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	I	C	I	C	I	I
metoclopramida	C	C	C	C	C	I	C	C		C	C	I	C	I	C	I	I
midazolam	C	C	C	C	C	I	C	C	C		C	I	C	C	C	I	I
morfina	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C		I	C	C	I	I	I
octreotida	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	I	C	I	I
ondansetrona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I		I	C	I	I
ranitidina	I	I	I	I	I	I	I	I	I	C	C	I	I		I	I	I
tramadol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C		I	I
dexametasona	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I

NOTA: C = Compatível; I = incompatível; S = sem dados.

FONTE: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos da ANPC, 2012.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

AVILÉS R.G., ANTIÑOLO F.G. **Uso de La via subcutânea em cuidados paliativos**. Madrid: Sociedade Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2013. 56 p.

AZEVEDO E.F, BARBOS M.F. Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em cuidados paliativos. In: Carvalho, R.T.; Parsons, H. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 259-69.

BRASIL. **Terapia subcutânea no câncer avançado** 1.reimpr./ Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de gestão assistencial. Hospital do câncer IV. Rio de Janeiro, INCA, 2011. 29p: il color (Série Cuidados Paliativos).

BRUNO V.G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo, 2013.

CHIRIVELLA C.M., LUCENA F.J.R., TAMARGO G.S., LÓPEZ A.C.M., HERNÁNDEZ M.M., RUIZ N.A. Administración de medicamentos por via subcutânea em cuidados paliativos. **Revista.Farm. Hosp.** n. 39, v.2, p.71-79, 2015.

DUEMS-NORIEGA, O., ARIÑO-BLASCO, S. Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive. **Reviews in Clinical Gerontology**, v.25, p. 117-146, 2015.

DE SIMONE, G.; TRIPODORO, V. Fundamentos de cuidados paliativos y de control de sintomas. Manula para estudiantes dela Carrera de medicina. **Pallium Latinoamerica**, 1ed, Buenos Aires, 2004. Disponível em: <http://www.pallium.org.ar/index.php?id=31>. Acesso em: junho de 2016.

FERREIRA K.A.S.L., SANTOS A.C. Hipodermóclise e administração de medicamentos por via subcutânea: uma técnica do passado com futuro. **Prática Hospitalar**, v. XI, n.65, p.109-114, 2009.

HERNÁNDEZ, P. B.; LÓPEZ, C.; GARCÍA, M. A. R Vía subcutânea: Utilidad em el control de síntomas del paciente terminal. **Medifam**. v.12, n.2, p.104-110, 2002

NHS Lotion. Subcutaneous infusion of medication in palliative care. **Palliative Care Guidelines**: Subcutaneous medication, 2012.

PALACIOS R.H. Utilidad de La via subcutânea en La estrategia de atención al paciente condemenciaen fase avanzada. **Revista Española de Geriatriatría y Gerontología**, v. 44, n. S2, p.37-42, 2009.

PONTALTI, G. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Revista do Hospital das Clinicas. Porto Alegre, v. 32, p.199-207, 2012.

SILVA, M.; LAMELO, F. Utilización de la vía subcutânea en cuidados paliativos. Net, 2013. Disponível em: <http://www.fisterra.com/>. Acesso em: 12 Jun. 2015.

VERAS, G.; FAUSTINO, A.; REIS, P.; SIMINO, G.; VASQUES, C. Evidências clínicas no uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev.Eletronica Gestão e Saúde, Ed Especial**, p. 2877-93, 2014.

WALSH, D.; PERIN, M.L.; MCIVER, B. Parenteral morphine prescribing patterns among inpatients with pain from advanced cancer: a prospective survey of intravenous and subcutaneous use. *Am J. Hosp Palliat Care*, v.23, n.5, p.353-9, 2006.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOPMED; 2009

TWYXCROSS, R. *Introducing Palliative Care*. Radcliffe Medical Press, Abingdon, Oxfordshire, 4ed, 2003, 190 p.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes em cuidados paliativos precisam ser avaliados em todas as suas dimensões e o planejamento da assistência, impreterivelmente inclui o controle de sintomas, pois em CP o objetivo do conforto prevalece também através da eleição da via de administração dos fármacos. Esta afirmação nos guia na adequação diária da assistência, levando a buscar sempre melhores evidências para o cuidado sistematizado, mas, sobretudo fortalecendo a sensibilidade em relação ao outro, seja este outro o paciente, o profissional de saúde ou o familiar.

A busca de diretrizes e a construção coletiva deste protocolo pelos trabalhadores do setor de internação de CP do hospital HEAB-FAEP/SP, assim como a metodologia utilizada, proporcionou aprendizagem significativa para a pesquisadora quanto aos processos de ensino aprendizagem e comunicação e muito possivelmente atingiu aos participantes a partir dos movimentos de convergência entre a prática e o conhecimento discutido com bases literárias. O protocolo foi redigido conforme os objetivos propostos no estudo, mantendo o compromisso com a segurança dos pacientes.

Uma das maiores dificuldades deste processo, foi trabalhar as interferências regidas por vontades singulares que às vezes se sobrepõem as do coletivo, mas também esta dificuldade tem se mostrado o um aprendizado substancial.

Com essa pesquisa pretendeu-se qualificação da assistência à pessoas em cuidados paliativos ou com indicações terapêuticas por hipodermóclise.

10 REFERÊNCIAS1

- ADAM, J. A B C of palliative care: the last 48 hours. **Clinical Review**, São Francisco, v. 315, p. 1600-3, Dec. 1997. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/315/7122/1600>>. Acesso em: 20. Ago. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- AVILÉS, R. G.; ANTIÑOLO, F. G. **Uso de La via subcutânea em cuidados paliativos**. Madrid: Sociedade Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2013. 56 p.
- AZEVEDO, E.F.; BARBOSA, M.F. Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em cuidados paliativos. In: Carvalho, R.T.; Parsons, H. **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 259-69
- AZEVEDO, D.L. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2016. 56p.
- BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: The World Bank, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.
- BERGMANN A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. – Capítulo 3 – Sistema Linfático. Acesso [09 09 2016] Disponível em:< <http://www.bibiff.cict.fiocruz.br>>.
- BRASIL. **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 set. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Portaria no 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria n.1996/ GM-MS, de 2007. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde Parte 1 - Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011a**. Brasília: CONASS.

BRASIL. **Terapia subcutânea no câncer avançado** 1.reimpr./ Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de gestão assistencial. Hospital do câncer IV. Rio de Janeiro, INCA, 2011b. 29p: il color (Série Cuidados Paliativos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: Agosto de 2015

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>>. Acesso em: 27 Dez. 2015>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Portaria nº 529**, de 02 de abril de 2013c. Diário Oficial da União. Seção 1, v. 62, p. 43. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&-data=02/04/2013>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Saiba o que são medicamentos off-label**. Edição extra **265** de 09 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.guiadafarmacia.com.br/265-dez-14-varejo-em-2015/8991-saiba-o-que-sao-medicamentos-off-label>>. Acesso em: 27 de Dez. 2015.

BRASIL. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 09 de set. 2016.

BRUERA E. Alternate Routes for Home Opioid Therapy. Pain: Clin Upd. 1993 jul; V.I,n.2.

BRUERA, E et al. Comparison of two different concentrations of hyaluronidase in patients receiving one-hour infusions of hypodermoclysis. **J. Pain Sympt Manag**, v.10, p.505-9, 1995.

BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, 2013.

BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. Goodman & Gilman. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 259-269.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educs, 2006.

CHIRIVELLA, C. M.; LUCENA, F. J. R.; TAMARGO, G. S.; LÓPEZ, A. C. M.; HERNÁNDEZ, M. M.; RUIZ, N. A. Administración de medicamentos por vía subcutânea em cuidados paliativos. **Revista.Farm. Hosp.** n. 39, v.2, p.71-79, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer 031/2014 – CT.** Ementa: Punção e administração de fluidos na hipodermóclise. Acesso em: 28 Jun. 2015. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_031.pdf>.

DALACORTE, R. R.; RIGO, J. C.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. **Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 2012.

DALAL, S.; BRUERA, E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. **The Journal of Supportive Oncology**, v. 2, n. 6, p. 467–487, 2004.

DE SIMONE, G.; TRIPODORO, V. Fundamentos de cuidados paliativos y de control de sintomas. Manula para estudantes dela Carrera de medicina. **Pallium Latinoamerica**, 1ed, Buenos Aires, 2004. Disponível em: <<http://www.pallium.org.ar/index.php?id=31>>. Acesso em: junho de 2016.

DE SOUZA, Ruth Soares et al. Novas tecnologias no tratamento quimioterápico por enfermeiros em um hospital. **Revista Recien-Rev Científica de Enfermagem**, n. 17, p. 24-35, 2016.

DOMANSKY, R.C.; BORGES, E.L. **Manual de prevenção de lesões de pele:** recomendações baseadas em evidências. 2ªed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. 16 p.

DUEMS-NORIEGA, O.; ARIÑO-BLASCO, S. Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive. **Reviews in Clinical Gerontology**, v.25, p. 117-146, 2015.

DUGAS, R. Conseils pratiques. La voie sous-cutanée. Une alternative utile en soins palliatifs. **Can Fam Physician.** v. 47, p. 266-267, 2001

FERREIRA, K. A. S. L.; SANTOS, A. C. **Hipodermóclise e administração de medicamentos por via subcutânea: uma técnica do passado com futuro.** Prática Hospitalar, v. XI, n.65, p.109-114, 2009.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRISOLI JUNIOR, A; PAULA A. P; FELDMAN, D.; NASRI, F. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients. **Drugs Aging.** V. 16, n. 4, p.313-9, 2000.

GIRONDI, J.B.R.; WATERKEMPER, R. A utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer. **REME: Rev. Min. Enferm.** v.9, n.4, p. 348-54, 2005.

GOLAN, D. E. **Princípios de farmacologia:** a base farmacológica da farmacoterapia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HERNÁNDEZ, P. B.; LÓPEZ, C.; GARCÍA, M. A. R Vía subcutânea: Utilidad em el control de síntomas del paciente terminal. **Medifam**. v.12, n.2, p.104-110, 2002.

JUNQUEIRA, L.; CARNEIRO, J. Biologia da Interação Célula - Matriz Extracelular. In: JUNQUEIRA, L.; CARNEIRO, J. **Biologia Celular e Molecular**. Ed: Guanabara Koogan, p. 230-238, 2005.

LIPSCHITZ, S et al. Subcutaneous fluid administration in elderly subjects: validation of an under-used technique. **J Am Geriatr Soc**, v.39, n.1, p.6-9, 1991.

LYBARGER, E.H. Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. **J Infus Nurs**, v. 32, n.1, p. 40-4, 2009.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSON, H.A. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagramic, 2009, p. 23-31.

MELLO SHS. **Hidratação subcutânea em pacientes com AIDS no Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"**. [Dissertação]. 2006. São Paulo (SP): Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo 2006.

MINAYO , M. C. S. (Org.). Pesquisa social: **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001, 80p.

MOREIRA, M. A. “Aprendizagem significativa: um conceito subjacente”. In: **Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa**, 1997, Burgos, Espanha. Actas. Burgos: ENAS, 1997.

NERY, A. A.; ALVES, M.S.; RIOS, M.A.; ASSUNÇÃO, P.N.; MATOS FILHO, A.S. Perfil epidemiológico de morbimortalidade por causas externas em um hospital general. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.7, n.2, p.562-71, 2013.

NHS LOTION. Subcutaneous infusion of medication in palliative care. **Palliative Care Guidelines: Subcutaneous medication**, 2012.

OLIVEIRA, R. A (coord). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008. 689 p.

OLIVEIRA, V.C.R.; NOGUEIRA, L.S.; ANDOLHE, R., PADILHA, K.G.; SOUSA, R.M.C. Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 6, 8 telas, 2011.

PALACIOS, R. H. Utilidad de La via subcutânea en La estrategia de atención al paciente con demencia en fase avanzada. **Revista Española de Geriatriatría y Gerontología**, v. 44, n. S2, p.37-42, 2009.

PALACIOS, R. H. Utilidad de la vía subcutânea en la estrategia de atención al paciente con demência em fase avanzada. **Revista Española de Geriatria y Gerontologia**, v.4, n.2, p. 37-42, 2009.

PATEL HM, BOOBLE KM, VAUGHAN-JONES R. Assessment of the potential uses of liposomes for lymphoscintigraphy and lymphatic drug delivery. Failure of 99 m-technetium marker to represent intact liposomes in lymph nodes. **Biochem Biophys Acta** 1984; 801(1):76-86.

PEREIRA, I. Hipodermóclise. In: OLIVEIRA, R. A., coordenador. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 259-72.

PESSINI L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, n. 41, p. 107-12, 2005.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PONTALTI, G. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. **Revista do Hospital das Clínicas**. Porto Alegre, v. 32, p.199-207, 2012.

QUAGLIO, R.C.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Relato de experiência: hipodermóclise uma tecnologia leve-dura necessária no SUS. V Fórum de Mestrados Profissionais em Enfermagem. Brasília, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0_1zKEOplZWWnhDTUxXOGg4VU0/view>.

QUAGLIO, R.C.; CURVO, P.A.; CHAYAMITI, E.M.P.C; FORTUNA, C.M.: Relato de experiência: Hipodermóclise na assistência domiciliar. VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e III Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos, 2016. Disponível a partir de nov. em:<<http://congressosancp.com.br/>>.

QUEIROZ, C. A. **Protocolo de atendimento e fluxo em acidente com material biológico: uma construção coletiva entre profissionais e serviços de saúde**. 2015. 103 f. [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

REMLINGTON, R.; HULTMAN, T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. **J Am Geriatr Soc**, v.55, n.12, p. 2051-15, 2007.

RUSSEL, P.L. **Analgesia in terminal malignant disease**. Br Med J, p. 1-1561, 1979.

SASSON, M.; SHVARTZMAN, P. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. **American Family Physician**. v. 64, n. 9, p. 1575-1578, 2001.

SCHMIDT, M.I et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n.9781, p. 1949-61,2011.

SILVA, M.; LAMELO, F. **Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos**. Net, 2013. Disponível em: <<http://www.fisterra.com/>>. Acesso em: 12 Jun. 2015.

TEIXEIRA, A,K,S;MENEZES, L.C.G.; OLIVEIRA, R,M. Serviços de Estomaterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem em Hospital Público de Referência. **ESTIMA**, v14 n.1, p. 3-12, 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª ed. Florianópolis (SC): Insular, 2004. 144p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa convergente assistencial**. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3.ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRUJILLO GÓMEZ C.C, MONTOYA RESTREPO M, BRUERA E. Vías alternativas a la vía oral para administración sistémica de opioides en cuidados paliativos: revisión de la literatura. *Med Paliat*. 2005;12(2):1-15

TWYXCROSS, R. **Introducing Palliative Care**. Radcliffe Medical Press, Abingdon, Oxfordshire, 4ed, 2003, 190 p.

VERAS, G.; FAUSTINO, A.; REIS, P.; SIMINO, G.; VASQUES, C. Evidências clínicas no uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev.Eletronica Gestão e Saúde**, Ed Especial, p. 2877-93, 2014.

WALSH G. “Hypodermoclysis – an alternative method for rehydration in long-term care”. **Journal of Infusion Nursing** 2005;v.28,n2:123-129.

WALSH, D.; PERIN, M.L.; MCIVER, B. Parenteral morphine prescribing patterns among inpatients with pain from advanced cancer: a prospective survey of intravenous and subcutaneous use. **Am J. Hosp Palliat Care**, v.23, n.5, p.353-9, 2006.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition of Palliative Care. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>>. Acesso em: 22 Set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética para realização da pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 085/2015

Ribeirão Preto, 2 de julho de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 196ª Reunião Ordinária, realizada em 1 de julho de 2015.

Protocolo CAAE: 45475515.3.0000.5393

Projeto: Proposição de protocolo assistencial para utilização da via subcutânea à pacientes em cuidados paliativos hospitalizados.

Pesquisadores: Cinira Magali Fortuna (orientadora)
Rita de Cássia Quaglio (mestranda)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Carta de aceite do HEAB

HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE
Alameda Aldo Lupo, 1260
Tel.: (16) 3393-7800
CEP 14820-000 - Américo Brasiliense/SP

Carta de Aceite

Declaro para os devidos fins que eu, Dr. Tales Rubens de Nadai, colaborador do Hospital Estadual Américo Brasiliense, atuante na função de Diretor Geral, reconheço a importância e o interesse para a realização do **projeto de pesquisa**: *“Proposição de Protocolo Assistencial para Utilização da Via Subcutânea à Pacientes Hospitalizados em Cuidados Paliativos”*, sob a responsabilidade da **pesquisadora**: Rita de Cássia Quaglio, **orientada** pela Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna, **vinculado** à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Sendo assim, autorizo a realização desse projeto de pesquisa a ser desenvolvido no **Hospital Estadual Américo Brasiliense**.

Américo Brasiliense, 22 de Abril de 2015.

Dr. Tales Rubens de Nadai
Diretor Geral
Hospital Estadual Américo Brasiliense

ANEXO C – Impresso: indicadores clínicos e institucionais

INDICADORES CLÍNICOS E INSTITUCIONAIS

Mês: _____ Ano: _____ Setor: _____

ANOTAR OS DADOS DO EVENTO NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
Queda de Usuário																																	
Total de Usuários Internados																																	
Perda de SNE/SNG/SOG																																	
Obstrução de SNE/SNG/SOG																																	
Total de Usuários com SNE/SNG/SOG																																	
Úlceras Por Pressão adquiridas																																	
Total de usuários Internados (Braden ≤ 16)																																	
Úlceras Por Pressão de origem																																	
Total de Usuários Internados (Braden ≤ 16)																																	
Extubação Acidental																																	
Total de Usuários com Tubo Endotraqueal																																	
Decanulação não Planejada																																	
Total de Usuários com Canula Traqueal - TQT																																	
Flebite																																	
Total de Usuários com AMP/CVC																																	
Perda/Obstrução de SVD																																	
Total de Usuários com SVD																																	
Perda/Obstrução de Cateter Venoso Central																																	
Total de Usuários com Cateter Venoso Central																																	
Total de Usuários em Ventilação Mecânica																																	
Perda de Hipodermólise																																	
Total de Usuários com Hipodermólise																																	
Total de Sítio de Hipodermólise																																	

APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “Proposição de protocolo assistencial para utilização da via subcutânea à pacientes em cuidados paliativos, hospitalizados” que será desenvolvido pelas pesquisadoras: Prof^{as}. Cinira Magali Fortuna e Rita de Cássia Quaglio, e que tem como objetivo: Elaborar o protocolo assistencial de hipodermóclise, de forma participativa com os profissionais de saúde diretamente envolvidos na assistência à pacientes internados com diagnóstico médico de cuidados paliativos, e baseado em um protótipo de protocolo fundamentado na literatura científica. Para construção do protocolo de hipodermóclise, será necessária a sua participação em duas (02) oficinas, de cerca de uma hora e trinta minutos de duração cada, sendo que acontecerá uma oficina no mês de setembro e outra no mês de novembro e você pode optar por um dos seguintes horários de início de encontro 7: 30h, as 14h e as 19:30h. As oficinas serão realizadas no próprio Hospital Estadual Américo Brasiliense – HEAB (Alameda Deputado Aldo Lupo, 1260, Américo Brasiliense), nesses encontros as conversas serão gravadas em mídia eletrônica, transcritas na íntegra e analisadas, por isso desde já, solicitamos sua autorização para realizar as referidas gravações e informamos que estas gravações, após a utilização nesta pesquisa, serão guardadas por 5 (cinco) anos, conforme o que determina a resolução 466/12 e após serão destruídas. As mesmas serão utilizadas somente nesse estudo.

Para a caracterização dos participantes deste estudo, serão coletados alguns dados demográficos através de um instrumento de coleta que é composto de 14 questões simples, no modelo checklist. Este instrumento será preenchido pela própria pesquisadora, após a sua assinatura deste termo, isso levará cerca de 5 minutos.

Sempre que desejar poderá pedir esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, e a qualquer momento, poderá recusar a continuar participando do mesmo e, também, poderá retirar este consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo para você.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis do estudo. Na divulgação em artigos e eventos científicos, as mencionadas informações serão registradas de modo a garantir o anonimato dos participantes do estudo.

Você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro por esta participação. Também não terá benefício pessoal. A pesquisa possibilitará o benefício da produção de um protocolo que auxiliará na organização dos cuidados paliativos podendo contribuir para melhoria da assistência.

Os riscos da sua participação no estudo são o de um possível constrangimento devido à oficina ser gravada, ou por expor as suas ideias em grupo ou por se sentir preocupado (a) com sua ausência no horário de plantão, caso escolha participar dentro de seu horário de trabalho. Para minimizar esses riscos, as pesquisadoras irão agendar as oficinas previamente, para que seja possível a coordenação de enfermagem adequar as escalas de trabalho; as sessões serão coordenadas pelas pesquisadoras de modo a promover um ambiente acolhedor. Caso ocorra, ainda assim, esse constrangimento, você pode retirar-se do grupo ou permanecer em silêncio e/ou pedir que sua fala seja desconsiderada.

Caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa, há o direito à indenização, por parte do pesquisador, do colaborador e das instituições envolvidas na pesquisa. Sua participação não trará benefício direto a você, mas indiretamente este estudo pretende conhecer a realidade da sua prática, para juntos elaborarmos um protocolo assistencial quanto à utilização, manejo e manutenção adequados da punção de hipodermóclise; além de estabelecer e padronizar com a equipe médica e a farmácia clínica a lista de medicamentos e volumes de diluição, para prescrição de medicamentos para infusão por hipodermóclise.

Os resultados que se deseja alcançar é a construção de um protocolo assistencial de hipodermóclise, de forma participativa entre a pesquisadora e os profissionais diretamente envolvidos na assistência à pacientes internados com diagnóstico médico de cuidados paliativos, a partir de um protótipo de protocolo construído baseado na literatura científica.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP) com nº 45.47.5515.3. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16)3602-3386 ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, no horário das 8 às 17h.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito participar desta pesquisa e estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer prejuízo. Recebi uma via original deste Termo, assinada por mim e pelas pesquisadoras responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Américo Brasiliense, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Cinira Magali Fortuna
Pesquisador- orientador

Rita de Cássia Quaglio
Pesquisadora

Caso tenha alguma dúvida acerca do estudo pode entrar em contato com:

Cinira Magali Fortuna

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes 3.900 - Campus USP Ribeirão Preto

Fone: (16) 3315-3476

Rita de Cássia Quaglio – fone: (16) 991213862- (16) 3966-1834

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados**“PROPOSIÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA À PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALIZADOS”**

Letra () **Nº** ()

02 Data da admissão: ____/____/____

03 Local/ unidade de trabalho: _____

04 Cargo que exerce na instituição: **4.1** () Enfermeiro(a)
4.2 () Técnico(a) em enfermagem
4.3 () Médico
4.4 () Farmacêutico

Identificação Pessoal

05 Data de nascimento. ____/____/____;

06 Sexo: **6.1**() masculino **6.2**() feminino

07 Estado Civil : _____

08 Crença/Religião: _____

09 Escolaridade : **09.1**() Ensino médio completo
09.2() Ensino superior incompleto
09.3() Ensino Superior completo
09.4() Pós – Graduação

10 - Ano de conclusão:

10.1 () Formação técnica em enfermagem _____

10.2 () Graduação em enfermagem _____

11 Tempo de atuação na área da saúde:

11.01() de 01 mês até 03 anos;

11.02() de 03 anos e 01 dia até 06 anos;

11.03() de 06 anos e 01 dia até 09 anos;

11.04() de 09 anos e 01 dia até 12 anos;

11.05() de 12 anos e 01 dia até 15 anos;

11.06() de 15 anos e 01 dia até 18 anos;

11.07() de 18 anos e 01 dia até 21 anos;

11.08() acima de 21 anos

12 - Tempo de atuação no CP

12.01() menor de 06 meses

12.02() de 6 meses e 01 dia até 01 ano;

12.03() de 01 ano e 01 dia até 02 anos;

12.04() de 02 anos e 01 dia até 03 anos;

12.05() de 03 anos e 01 dia até 04 anos;

12.06() de 04 anos e 01 dia até 05 anos;

12.07() acima de 05 anos

13 – Tempo de formação específica em CP

13.01() menor de 06 meses

13.02() de 6 meses e 01 dia até 01 ano;

13.03() de 01 ano e 01 dia até 02 anos;

13.04() de 02 anos e 01 dia até 03 anos;

13.05() de 03 anos e 01 dia até 04 anos;

13.06() de 04 anos e 01 dia até 05 anos;

13.07() acima de 05 anos

14. Preferencia de dia da semana e horário para a realização da oficina:

14.1 : Dia da semana: _____

14.2 () 07:30 h

14.3 () 14:00 h

14.4 () 19:30 h

14.5 () outro: _____

APÊNDICE C - Procedimento Operacional Técnico – POP

Título: Hipodermóclise ou terapia subcutânea

1. Objetivo

Punção de tecido subcutâneo para reposição hidroeletrolítica (fluidos isotônicos) e/ou adequação da terapia medicamentosa.

2. Campo de Aplicação

Ala Azul - Cuidados Paliativos;
Ala Azul – Clínica Médica;
Ala Laranja - Moléstias Infecciosas;
Ala Laranja - Clínica Médica;
Sala de Estabilização Clínica.

3. Material e Procedimento

a. Material

01 bandeja
01 par de luvas de procedimento;
01 almotolia de solução de gluconato de clorexidina alcoólica a 0,5%;
01 almotolia de solução de gluconato de clorexidina a 2%;
01 almotolia de solução de álcool da 70%;
01 pacote de gazes estéreis;
01 cateter agulhado n23 (scalp tipo butterfly);
01 tampa para equipo multi vias -“luer fema” ;
01 agulha para aspiração da medicação 25x12 mm;
01 seringa de 10 ml,
01 flaconete de 10 ml de SF 0,9%
01 cobertura transparente para punção “brasileirinho”
01 fita médica adesivada tipo “micropore” de 10 cm.

b. Procedimento asséptico

Verificar no impresso “Prescrição Médica” a identificação completa do usuário (nome completo, quarto, leito), nome da medicação, dose, diluição e via de administração;
Realizar higiene das mãos, conforme Procedimento Operacional Técnico “Higiene das Mãos”;
Aspirar 10 ml de SF 0,9%, em seringa;
Preencher o lúmen do cateter agulhado com SF 0,9% e manter a seringa acoplada na via introdutória;
Reunir os materiais em bandeja;
Dirigir-se ao quarto do usuário;
Apresentar-se ao usuário e acompanhante, informando o nome e função;
Explicar o procedimento a ser realizado;
Apoiar a bandeja na mesa de cabeceira;
Higienizar as mãos, conforme Procedimento Operacional Técnico “Higiene das Mãos”;
Calçar as luvas de procedimento;

Selecionar região adequada para punção: ver observações
 Realizar degermação local com gaze estéril e gluconato de clorexedina a 2%,
 Realizar a assepsia local com gaze estéril e gluconato de clorexedina alcoólica a 0,5%,
 Realizar a degermação e a assepsia da pele utilizando movimentos circulares do centro para as bordas ou movimentos em sentido único;
 Realizar a prega cutânea, sem tocar o local da inserção do cateter;
 Introduzir a agulha, de forma rápida e firme, em ângulo entre 30° e 45°, a depender da quantidade de tecido subcutâneo do paciente;
 A punção deve ser em direção centrípeta (direção do coração),
 Certificar-se do posicionamento da punção no tecido subcutâneo (a sensação de que a agulha esta solta no subcutâneo);
 Rodar o cateter e posicionar o bisel para cima;
 Soltar a prega;
 Manter o cateter agulhado seguro com a mão não dominante;
 Aspirar a punção certificando-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo.
 Injetar lentamente 1 ml de SF 0,9% para manter a permeabilidade do acesso;
 Fixar o cateter agulhado com a cobertura transparente “brasileirinho”,
 Desprezar a seringa;
 Limpar o óstio do extensor com gaze embebida em álcool a 70%;
 Posicionar a tampa “luer fema” ocluindo a linha de acesso;
 Enrolar o extensor do cateter e fixá-lo com a fita adesivada “tipo micropore”;
 Identificar a punção com data, hora e nome do responsável pela execução da técnica e se sítio de administração é exclusivo de uma medicação (ex: dexametasona);
 Reposicionar o usuário confortavelmente no leito;
 Recompôr a unidade;
 Desprezar os materiais adequadamente;
 Higienizar a bandeja com álcool a 70%, antes de guardá-la;
 Higienizar as mãos, conforme POT “Higienização das Mãos”;
 Proceder com anotação no prontuário eletrônico do usuário registrando o local de punção, o número de cateter e a hora da realização do procedimento;
 Prescrever os cuidados com a manutenção da punção no impresso “Prescrição de Enfermagem”.
 Manter o scalp salinizado;

c. Observação

Áreas de punção:

Ao puncionar o sítio, aspirar e no caso de retorno sanguíneo, retirar a punção, desprezar o cateter agulhado, realizar compressão local com algodão limpo e seco e reiniciar o processo em outro sítio. Pode ser puncionado novo sítio a 5 cm de distância do anterior.

<p>Imagem</p> <p>ANTERIOR POSTERIOR</p>	<p>Áreas de punção:</p> <p>Região deltoidea; Região anterior do tórax; Região escapular; Região abdominal; Face anterior e lateral da coxa.</p>	
<p>a. Indicações: Usuários em cuidados paliativos, usuários com dificuldade de ingesta VO e/ou dificuldade de acesso à rede venosa.</p> <p>b. Contraindicação: As contraindicações estão relacionadas aos distúrbios de coagulação, situações de emergência, desequilíbrio hidroeletrólítico severo, sobrecarga de fluidos (ex: Insuficiência cardíaca congestiva e edema acentuado) e desidratação severa; risco severo de congestão pulmonar (ex. Insuficiência cardíaca congestiva e Síndrome da Veia cava Superior).</p> <p>c. Limitações: O volume máximo de infusão recomendado em 24 horas é de 3.000ml, sendo 1.500 ml por sítio/ 24 horas. Se observado edema importante em região de punção, reduzir o volume de gotejamento. Portanto não é recomendada sua utilização, em casos de reversão de choque hipovolêmico e desidratação severa. Ainda o ajuste rápido de doses é outra limitação, uma vez que a absorção pelo tecido subcutâneo é mais lenta do que a via intravenosa, para a maioria dos medicamentos. A velocidade de absorção dos fluidos por via subcutânea é reduzida na presença de edemas e hematomas no sítio de infusão, já que esta ocorre por difusão capilar.</p> <p>d. Vantagens: Via de administração segura, de baixo custo, que apresenta mínimo desconforto ao usuário, risco mínimo de complicação sistêmica e local, fácil manipulação e manutenção. Na administração por via subcutânea (SC) os níveis plasmáticos dos medicamentos são mantidos mais elevados por mais tempo em relação a via EV e IM.</p> <p>e. Não puncionar: Sobre proeminências ósseas, nas proximidades de articulações, em região de pele com linfedema, irradiação recente, presença de erupção de qualquer tipo, em áreas de tumoração, em pele lesionada, infectada ou inflamada e sobre ascite.</p> <p>f. Gotejamento Utilizar equipo de micro gotas para infusão de volumes. A infusão deverá ser lenta, devendo-se manter o fluxo de infusão em torno de 60 a 125 mcgtas/min. O uso de bomba de infusão pode ser considerado mantendo o fluxo de 60 a 125ml/h.</p>		

g. Troca da punção:

Trocar sítio de punção a cada 72 horas;

Usuário em terminalidade eminente, avaliar a necessidade de troca da punção;

Sinais de irritação local podem aparecer nas primeiras 4 horas, se persistirem por tempo superior, trocar o sítio de punção.

Manter monitoramento e troca da punção em relação a sinais flogísticos relacionados à celulite: edema, calor, eritema persistente e dor no local da infusão, endurecimento da área e hematoma além de sinais de infecção.

h. Recomendações:

Fazer rodízio das punções respeitando a distância mínima de 5 cm do local da punção anterior. Considerar as condições clínicas do paciente.

Após a administração de cada medicamento, lavar o acesso com 1 ml de SF 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo seja introduzido no sítio de punção e que não haja interação medicamentosa ainda no conduto introdutor.

Se for observado edema local persistente, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender temporariamente a infusão de reidratação.

4. Responsabilidade

Enfermeiros.

a. Registro e Indexação**a. Registro**

A anotação sobre a realização do procedimento será registrada no prontuário eletrônico do usuário através do sistema informatizado HCFMRP, conforme Procedimento Operacional Padrão 'Evolução de Enfermagem via sistema'.

b. Indexação

As evoluções de enfermagem e de outros profissionais serão armazenadas no prontuário eletrônico do usuário através do sistema informatizado HCFMRP e o prontuário físico será arquivado no SAME (Serviço de Arquivo Médico), por ordem de registro e cor (Sistema dígito terminal).

APÊNDICE D - Plano de Atividade: Oficina de Discussão Protocolo de Hipodermóclise

Local: Hospital Estadual Américo Brasiliense
Alameda Aldo Lupo 502 - Jardim Vista Alegre
Américo Brasiliense, São Paulo.
Sala

Público Alvo: Profissionais da área da Enfermagem: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.
Profissionais Médicos e Farmacêuticos.

Data: I Oficinas - 09 e 10 de setembro de 2015;

II Oficinas 11 e 12 de novembro de 2015

Duração: 60 a 90 minutos.

Tema: protocolo de Hipodermóclise

Responsável: Enfermeira Rita de Cássia Quaglio- Mestranda do Programa de Mestrado Profissional- EERP/USP, 2014-2016.

Objetivo

Construção de narrativa representativa sobre a aplicabilidade do protocolo de hipodermóclise construído a luz da literatura científica e validação do mesmo.

Objetivos específicos

Conhecer as facilidades e dificuldades da equipe sobre:

- ✓ técnica de punção de subcutâneo para hipodermóclise- angulação, posicionamento do bisel e gauge dos dispositivos utilizados para a punção,
- ✓ sítios de punção, preparo da pele,
- ✓ manutenção do acesso, permanência e troca do cateter
- ✓ prescrição médica, impressões das equipes medica e farmacêutica e equipe e enfermagem;
- ✓ medicamentos que podem ser utilizados e o modo de administração.

Metodologia

Apresentação do projeto, sua origem e desdobramentos até o momento.

Acordos - Tempos e primeiro verbalizar o nome e depois falar – gravando voz.

Apresentação do grupo: Nome, quanto tempo trabalha no setor de CP,

Dinâmica: Brain Storn: Hipodermóclise

Tempo: 10 minutos.

Recursos: Clip Chart, folhas, pincéis, mídias de gravação de voz.

Apresentação do protótipo do protocolo já elaborado

Tempo: 10 minutos.

Recurso: Multi mídia / Note book , mídia de gravação de voz.

Construção participativa:

Tempo: 30 minutos.

Serão gravadas as conversas dos profissionais convidados a discutir o protocolo de hipodermóclise, quanto a sua aplicabilidade, bem como, estimulados a partilhar suas experiências referente a técnica de punção e a administração das medicações e fluidos, a fim de evidenciar conceitos prévios distorcidos ou não, dificuldades e/ou facilidades na execução das técnicas e as impressões sobre o ato de assistir o paciente neste cuidado específico. Caso seja necessário o direcionamento será baseado nos objetivos específicos elencados deste plano de ação.

Posteriormente a pesquisadora fará anotações no diário de bordo, sobre a comunicação não verbal observada.

Recurso: Clip Chart, folhas, pincéis e Multi mídia / Note book (Power point) e pen drive, mídia de gravação de voz, Power point pontos chave/ protocolo.

Fechamento:

Tempo: 10 minutos

Listar os pontos favoráveis e/ ou não do protocolo discutido e nomear as contribuições que serão relatadas e apresentadas para o mesmo grupo em novembro, para que o mesmo possa validar e aprofundar as contribuições deste primeiro momento

Recurso: Clip Chart, folhas, pincéis e Multi mídia / Note book (Power point) e pen drive, mídia de gravação de voz

RECURSOS PESQUISADORA:

02	gravadores de voz
04	Pilhas AAA alcalinas
01	Note book
02	Extensões elétricas (18 metros – preta e branca com 3 saídas)
01	Conexão “T”
01	Tablet
01	Celular com áudio
01	Pen drive com material para a oficina: Protocolo – técnica e tabela de medicamentos; Power point com pontos que podem ser necessários abordar; CD – corpo humano – estruturas da pele
01	Plano de aula
12	Folhas de clip chart
03	Pincéis de cores diferentes

RECURSOS SOLICITADOS AO HEAB

01	Reserva de sala (sala azul)
01	Multi mídia (data show+ Tela + CPU)
01	Liberação de CPU em sala de prescrição do setor de Cuidado Paliativos
01	Clip Chart

APÊNDICE E – imagens com recurso de Power Point

OFICINAS “HIPODERMÓCLISE”

PELE

Cateteres agulhados

Cateteres não agulhados

Sub – Cutânea – SC

- Administração de medicamentos diretamente no tecido subcutâneo ou hipodérmico. Não aceita grandes frações de líquido, o máximo é de 0,5ml. O ângulo mais usado é de 90°, mas pode ser feita num ângulo de 45°.

Hipodermóclise

Circulação linfática

Preparo da pele

- Anvisa 2010 e 2013
- Infusion Nurses Society 2011
- CDC 2011 -
- CCIH- soberana

Tempo de permanência de cateter

- Todas as literaturas:
- Cateter agulhado de 5 a 7 dias
- Cateter não agulhado média de 11 dias
- ANVISA 72 h. – CCIH é soberana (citar HC RP)
- ** Últimas horas de vida- rever.
- Criança e pessoa de difícil acesso – permanência EV – ate o termino do tratamento.