

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Capacitação de Enfermeiros para a Avaliação Inicial do Paciente Oncológico**

Rio de Janeiro
2019

SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Capacitação de Enfermeiros para a Avaliação Inicial do Paciente Oncológico**

Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar, Diagnóstico, Tratamento e Intervenção.

Orientação: Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior

Rio de Janeiro
2019

SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Capacitação dos Enfermeiros para a Avaliação Inicial do Paciente Oncológico**

Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem Oncológica, cuidado.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar, Diagnóstico, Tratamento e Intervenção.

Aprovada em 08/07/2019.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior – Presidente (Prof. Orientador)

Prof. Dra. Marléa Chagas - 1º Examinador (Prof. Externo)

Prof. Dr. Alexandre Souza da Silva– 2º Examinador (Prof. Interno)

Prof. Dra. Maria Teresa dos Santos Guedes- Suplente (Prof. Externo)

Prof. Dra. Mônica de Almeida Carreiro- Suplente (Prof. Interno)

DEDICATÓRIA

Ao Instituto Nacional de Câncer, pelo dia-a-dia de aprendizado, pessoal e profissional, que me tem proporcionado e pelas esperanças que deposita no meu ideal de uma Enfermagem mais dinâmica, mais atuante, mais inovadora e mais humana.

Aos pacientes, razão de ser de todo o meu empenho, sem os quais seria inócuo todo esforço na concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pelas oportunidades de realizações que nela me concedeu.

À minha família, referencial da minha existência, pelo amor, pelo incentivo, pela compreensão, pelo companheirismo e pelo aplauso que sempre respaldaram o meu ânimo e que me motivaram nas superações, dando-me a certeza de que representam o alicerce de todas as minhas realizações.

Ao Convênio CAPES/COFEN/UNRIO, pelo apoio financeiro desta pesquisa.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, por terem me acolhido e me feito retomar à vida acadêmica e à pesquisa.

À Professora Dra. Sônia Regina de Souza, por ter me recebido como aluna especial na Disciplina de Qualidade de vida, oportunidade esta, que me direcionou à concretização de um sonho, o ingresso no mestrado Profissional.

Ao meu orientador, Professor Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior, pelo carinho e interesse demonstrados à minha causa, dirimindo pacientemente as minhas dúvidas e me estimulando a enfrentar o desafio imposto pela exiguidade de tempo para consumir satisfatoriamente este estudo, dividindo comigo, com a simplicidade que lhe é peculiar, seu vasto e notório saber.

Aos Docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional da UNIRIO, pela amizade, pelo privilegiado ensino e pela ajuda na construção do conhecimento.

À Professora Dra. Marléa Chagas, ao Professor Dr. Alexandre Silva, à Professora Dra. Maria Tereza dos Santos Guedes e à Professora Dra. Mônica de Almeida Carreiro pela valiosa e construtiva colaboração no exame de qualificação, disponibilizando tempo e os recursos necessários, para eu conseguisse progredir e finalizar esse Relatório de Pesquisa.

À Direção do Hospital de Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer, por ter permitido a realização dessa pesquisa.

À Divisão de enfermagem e a Educação Continuada do HC I, pela receptividade e colaboração, disponibilizando espaço e tempo para o desenvolvimento do Curso de Capacitação, produto deste mestrado.

Às lideranças dos locais pesquisados, pela acolhida e por terem se ombreado comigo durante o processo de coleta de dados;

Aos meus amigos Rosana Fidélis, Jorge Leandro, Ana Paula Brito Pinheiro e Sérgio Gonçalves Martins, pela amizade que me ensoberbece, pela prestimosidade com que sempre se puseram à minha disposição e pela parceria no desenvolvimento do curso de capacitação, a minha gratidão pela inestimável colaboração durante esse processo.

Aos meus amigos Raquel Ramos e Milena Quaresma Lopes pela amizade, pelo carinho e por ter acreditado em mim e me incentivado à condução da iniciação do projeto de pesquisa, com suas críticas sempre construtivas.

À Renata Machado Brandão, minha nora que tanto prezo e admiro pela contribuição na construção das referências.

Aos graduandos de enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO, Luan e Vinícius Ferreira, pela Assessoria Estatística aos dados coletados, contribuindo, desta forma, para o êxito desta pesquisa.

Aos Enfermeiros Participantes desta pesquisa, pela calorosa acolhida, por terem disponibilizado tempo e conhecimento e pelas valiosas contribuições.

Às colegas de turma pelo companheirismo, pela troca de experiências e pela convivência enriquecedora, atributos essenciais para o amadurecimento profissional.

Às amigas de mestrado Cláudia Maria Teixeira Palhota Menezes e Márcia Santos pelo companheirismo e apoio mútuo em todos os momentos.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional da UNIRIO pela disponibilidade e atenção na condução dos nossos processos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Trata-se de um estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) com a operacionalização do processo de enfermagem (PE) no desenvolvimento da primeira fase deste processo, avaliação inicial de enfermagem. **OBJETIVO GERAL:** Implementar Tecnologia Educacional visando aumentar a adesão dos Enfermeiros à SAE/PE, quanto ao preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial, no módulo informatizado. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Descrever o nível de conhecimento técnico-científico e de valor atribuído pelos Enfermeiros sobre SAE/PE/Avaliação Inicial do paciente oncológico; desenvolver oficinas de sensibilização e de capacitação para o registro da avaliação inicial, no módulo informatizado e monitorar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento desse instrumento, após a capacitação. **MÉTODO:** Estudo comparativo, antes e depois, tipo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e para o desenvolvimento dos produtos, o processo de análise administrativo de Cury, desenvolvido em três fases. Realizado no INCA/HC I, em uma amostra de 54 enfermeiros. A coleta de dados se deu por meio de questionário estruturado e por dados coletados no Sistema Absolute e na Intranet do INCA. Os dados foram organizados e armazenados num banco de dados construído numa planilha Microsoft Excel® 2007 e transportados para o software R® versão 3.4.4, para análise. A análise foi processada por estatística descritiva, utilizando-se de tabelas e figuras. **RESULTADOS:** Quanto ao questionário, os participantes da pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, tinham em média 39 anos de idade, mais de 10 anos de formados; 98% dos respondentes possuíam curso de Pós-Graduação e tinham mais de 6 anos de INCA. A aplicação do questionário, evidenciou áreas de desconhecimentos sobre SAE/PE/Avaliação Inicial; a maioria (83.34%) assinalou que existem dificuldades para a implantação da SAE/PE na unidade em que trabalham, 93% acreditam que a SAE/PE trazem benefícios para o paciente, para o enfermeiro e para Instituição. A maioria assinalou que conhecimento (96.30%), capacitação (96.30%), quantitativo adequado de RH (94,11%), educação permanente (81.48%), entre outros, facilita a aplicação da SAE/PE. Observou-se que a SAE/PE não está implementada no local da pesquisa. Quanto ao estudo comparativo, houve aumento dos registros em todos os locais do estudo, após a capacitação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados coletados do questionário e analisados possibilitaram uma visão mais ampla do processo de trabalho realizado pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Os dados obtidos do estudo comparativo, antes e após a Oficina de Sensibilização e Capacitação, evidenciaram aumento da adesão dos enfermeiros a esse processo de trabalho. A meta foi atingida, nos Serviços de Pronto-atendimento Adulto (70.80%) e Pediátrico (70%), e no Serviço de Oncologia Pediátrica (83%). Urge a necessidade de continuidade dessa Oficina, de modo a contemplar todo o efetivo de enfermeiros do HC I, fomentando e fortalecendo a discussão sobre essa temática, ampliando o nível de conhecimento, e de competência nesse quesito. Neste sentido, o convênio CAPES/COFEN/UNIRIO reforça o desenvolvimento de pesquisa na Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir de melhorias nos processos de trabalho e consequentemente ocasiona impacto direto na prática profissional, na qualidade dos cuidados e segurança do paciente.

Descritores: Enfermagem oncológica; Processo de enfermagem; Capacitação em serviço

ABSTRACT

INTRODUCTION: This is a study about the systematization of nursing care (SAE) with the operationalization of the nursing process (PE) in the development of the first phase of this process, initial nursing assessment. **GENERAL OBJECTIVE:** To implement Educational Technology to increase the adhesion of the Nurses to the SAE / PE, regarding the completion of the Initial Evaluation Instrument, in the computerized module. **SPECIFIC OBJECTIVES:** To describe the level of technical-scientific knowledge and value attributed by the Nurses on SAE / PE / Initial Evaluation of the cancer patient; develop awareness and training workshops to register the initial evaluation in the computerized module and monitor the adhesion of nurses to the completion of this instrument after the training. **METHODS:** A comparative, before and after, observational, descriptive and cross - sectional study, with a quantitative approach and for product development, the Cury administrative analysis process, developed in three phases. Performed in INCA / HC I, in a sample of 54 nurses. Data collection was done through a structured questionnaire and data collected in the Absolute System and INCA Intranet. The data were organized and stored in a database built on a Microsoft Excel® 2007 worksheet and transported to R® software version 3.4.4 for analysis. The analysis was processed by descriptive statistics, using tables and figures. **RESULTS:** As to the questionnaire, the participants were predominantly female, averaging 39 years of age, over 10 years of age; 98% of the respondents had a postgraduate course and had more than 6 years of INCA. The application of the questionnaire revealed areas of lack of knowledge about SAE / PE / Initial Evaluation; the majority (83.34%) pointed out that there are difficulties for the implantation of SAE / PE in the unit in which they work, 93% believe that the SAE / PE brings benefits to the patient, the nurse and to the Institution. The majority reported that knowledge (96.30%), training (96.30%), adequate quantitative HR (94.11%), permanent education (81.48%), among others, facilitates the application of SAE / PE. It was observed that the SAE / PE is not implemented at the research site. As for the comparative study, there was an increase in the records in all the study sites, after the training. **FINAL CONSIDERATIONS:** The data collected from the questionnaire and analyzed, allowed a broader view of the work process performed by the nurses participating in the research. The data obtained from the comparative study, before and after the Workshop on Sensitization and Training, showed an increase in nurses' adherence to this work process. The goal was achieved in Adult (70.80%) and Pediatric (70%) and in the Pediatric Oncology Service (83%). It is urgent that this Workshop be continued, so as to include all the HC I nurses, encouraging and strengthening the discussion on this topic, increasing the level of knowledge and competence in this area. In this sense, the CAPES / COFEN / UNIRIO agreement reinforces the development of research in Nursing Care Systematization based on improvements in work processes and consequently has a direct impact on professional practice, quality of patient care and safety.

Keywords: Oncological nursing; Nursing process; In-service training

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 64 participantes da pesquisa, relacionada ao domínio 1- Sua percepção sobre a sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 2- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 66 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 2- Sua percepção sobre capacitação sobre SAE/PE. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 3- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 68 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 3- Sua percepção sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 4- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 70 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 4- Sua percepção sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 5- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 72 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 5- Sua percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 6- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 74 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 6- Sua percepção sobre o que ocorre na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 7- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 76 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 7- Sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE. Rio de Janeiro-RJ, 2018.
- Figura 8- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, 78 participantes da pesquisa, relativa ao domínio 8- Sua percepção sobre avaliação inicial. Rio de Janeiro-RJ, 2018.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Distribuição por frequência relacionada às características dos enfermeiros do INCA, participantes da Pesquisa (n=54) relacionada ao sexo, escolaridade e vínculo empregatício. Rio de Janeiro-RJ, 2018. 62
- Tabela 2- Distribuição por medidas de tendência central e da disposição de amplitude dos AD respondidos pelos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa. Rio de Janeiro-RJ, 2018. 80
- Tabela 3- Distribuição por frequência das Avaliações iniciais realizadas por Enfermeiros, no módulo informatizado, aos pacientes internados no INCA/HC 1, pelos Pronto-Atendimento Adulto e Pediátrico, nos meses de fevereiro e de abril. Rio de Janeiro-RJ, 2019. 81
- Tabela 4- Distribuição por frequência dos pacientes com Avaliação inicial de enfermagem, no módulo informatizado, internados na Seção Abdominopélvica, e no Serviço de Oncologia Pediátrica, do HC I, nos meses de fevereiro e de abril. Rio de Janeiro-RJ, 2019. 82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AD	- Acerto por Domínio
BDENF	- Banco de Dados de Enfermagem
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBA	- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEC	- Carcinoma Espinocelular
CEMO	- Centro de Transplante de Medula Óssea
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
DANT	- Doenças e agravos não transmissíveis
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
DNA	- Ácido Desoxirribonucleico
EPS	- Educação Permanente em Saúde
HC I	- Hospital de Câncer I
HC II	- Hospital de Câncer II
HC III	- Hospital de Câncer III
HC IV	- Hospital de Câncer IV
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>
IEX	- Instrumento Executivo
INCA	- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IST	- Índice de segurança técnica
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NANDA-I	- Taxonomia de Diagnósticos de enfermagem
MEDLINE	- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS	-	Ministério da Saúde
NERJ/MS	-	Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro
NIC	-	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOB-RH	-	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOC	-	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PE	-	Processo de enfermagem
PEP	-	Prontuário Eletrônico do Paciente
PH	-	Plantão Hospitalar
POP	-	Procedimento Operacional Padrão
PNPCC	-	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	-	Sistema de Classificação de Pacientes
SGTES	-	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	-	Tecnologias da Informação e Comunicação
UNIRIO	-	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	-	Unidade de Tratamento Intensivo
UPO	-	Unidade Pós-Operatória

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Hipótese	26
1.2 Objetivos	26
1.2.1 Objetivo Geral	26
1.2.2 Objetivos Específicos	26
2 PRODUTO	27
3 BASES CONCEITUAIS	27
3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem/ Processo de Enfermagem	28
3.2 Avaliação Inicial	31
3.3 Teoria de Enfermagem	34
3.4 Tecnologias	35
3.4.1 Tecnologia Educacional – Capacitação/ Educação Permanente	37
3.4.1.1 Capacitação	37
3.4.1.1 Processo de Educação Permanente	40
3.5 Especificidades do Paciente com Câncer	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 Tipo e Abordagem	43
4.2 Campo de Pesquisa	44
4.3 Amostra	46
4.3.1 Critérios de Inclusão	46
4.3.2 Critérios de Exclusão	46
4.4 Desenvolvimento dos Produtos	47
4.4.1 Fase I - diagnóstico situacional das causas absorvendo a etapa de levantamento e crítica do levantamento	47

4.4.1 Levantamento de dados	47
4.4.1.2 Crítica do Levantamento	51
4.4.2 Fase II – Estudo da solução dos problemas contribuindo com o planejamento da solução e crítica do planejamento.....	52
4.4.2.1 Elaboração do Plano e aplicação da Oficina de Sensibilização e de Capacitação.....	52
4.4.2.2 Crítica ao Planejamento.....	55
4.4.3 Fase III – Implementação das mudanças que corresponde a etapa de implantação e controle dos resultados	56
4.4.3.1 Implementação da Mudança.....	56
4.4.3.2 Controle dos Resultados	56
4.5 Análise dos Dados	57
4.5.1 Quanto à Aplicação da Técnica do Questionário	57
4.5.2 Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Capacitação dos Enfermeiros	57
4.6 Considerações Éticas	58
4.7 Financiamento da Pesquisa	59
5 RESULTADOS	59
5.1 Quanto à Aplicação da Técnica do Questionário	59
5.2 Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Oficina de sensibilização e de Capacitação dos enfermeiros	80
6 DISCUSSÃO	82
6.1 Quanto à Aplicação da Técnica do Questionário	82
6.2 Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Oficina de sensibilização e de Capacitação dos enfermeiros	110
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112

REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	123
ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

Os anos de vivência gerencial, afora a experiência assistencial, vividos tanto em uma instituição militar como em uma instituição pública federal voltada para o atendimento ao paciente oncológico, conduziram-me à reflexão inicial sobre a amplitude do papel do enfermeiro no cenário das instituições hospitalares de saúde, participando efetivamente, além das ações assistenciais, da dinâmica dos processos gerenciais do setor saúde como um todo.

De acordo com a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, e com o Decreto nº 94.406/87 que a regulamenta, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem além da prescrição de enfermagem, são de competências privativas do enfermeiro.

Atualmente, face à globalização, uma nova forma de pensar relacionada à tomada de decisão está emergindo mundialmente, passando a ser um desafio para os gestores, sendo-lhes dada a prerrogativa de pensar e usar, em larga escala, os instrumentos de informação e comunicação que venham a colaborar no processo decisório (PALMEIRA *et al.*,2010).

É nesse processo de tomada de decisão que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se insere, vislumbrando garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, segura, no tempo certo e humanizada, orientada por uma visão holística do cuidado individualizado, fundamentada em um referencial teórico.

É válido ressaltar que o termo sistematização vem da intenção de transformar todo o processo do cuidado em um método que segue diversas etapas, exigindo fundamentação teórica, pensamento crítico, habilidades e expertise na especialidade que labuta, objetivando atender às necessidades do paciente, em todo seu contexto. Sistematizar a assistência é uma atribuição do enfermeiro, independente de qual serviço ele está inserido e deve ser feita por meio do processo de enfermagem.

Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), via a Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Para Tannure e Pinheiro (2013), a SAE confere maior segurança aos pacientes, uma vez que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados coletados (subjetivos e objetivos) do indivíduo/ família/ comunidade e que, para ser implementada, requer julgamento clínico do enfermeiro.

As mesmas autoras afirmam ainda que o processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta metodológica, organizada em cinco fases inter-relacionadas: Primeira fase – investigação, que consiste na anamnese e no exame físico; Segunda fase - diagnóstico de enfermagem, onde são analisados e interpretados os dados coletados na investigação; Terceira fase - planejamento dos resultados esperados, elaboração de um plano de ações para se alcançar resultados relacionados ao diagnóstico apresentado; Quarta fase - implementação da prescrição do cuidado de enfermagem; Quinta fase - avaliação da assistência de enfermagem.

A avaliação Inicial, foco dessa pesquisa, também denominada de investigação, histórico de enfermagem ou de coleta de dados, é a primeira fase do PE sendo considerada primordial para os avanços das demais fases do processo. Trata-se da primeira abordagem de coleta de dados realizada pelo enfermeiro. Se não bem-sucedida perde-se o controle sobre as etapas subsequentes do processo, podendo gerar intervenções de enfermagem inadequadas, permanência prolongada do paciente no leito hospitalar, aumento de custos hospitalares além de readmissões desnecessárias (NANDA, 2015).

Ainda para NANDA (2015), a avaliação inicial é uma etapa que vai muito além do preenchimento de espaços em branco de um instrumento de coleta de dados, requer competências específicas, julgamento clínico e demanda alto nível de comunicação interpessoal além de representar conhecimentos da Disciplina Enfermagem e da área da Saúde e afins.

As informações coletadas no instrumento de Avaliação Inicial, são de caráter subjetivas e objetivas, conforme os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, acrescido da análise de dados obtidos da sua história pregressa no seu prontuário. Essa coleta é uma atividade intelectual e interpessoal proporcionando ao enfermeiro uma oportunidade ímpar de se estabelecer uma relação terapêutica real com o paciente e de diagnosticar com acurácia, priorizar esses diagnósticos bem como de propor cuidados eficientes construindo, dessa forma, a base do cuidado de enfermagem (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

É importante enfatizar que este estudo para a efetivação da SAE e do PE, na prática profissional do enfermeiro no INCA/HC I, em cumprimento às normas regulamentares da Resolução COFEN N° 358/2009, encontra-se localizado no contexto da SAE, nas dimensões método, instrumento e pessoas para a operacionalização do PE, com foco na implementação da primeira fase do processo - avaliação inicial do paciente, criando tecnologias para sensibilizar e capacitar os enfermeiros.

Segundo Tannure e Pinheiro (2013), a dimensão método se aplica pela utilização do método científico no cuidado de enfermagem; a dimensão Instrumento por se utilizar o instrumento de avaliação inicial de enfermagem para coleta de dados, e a dimensão pessoas pela necessidade de incorporar a capacitação e/ou educação permanente aos profissionais envolvidos neste processo.

Isto posto, vale ressaltar que no cenário atual da saúde, os enfermeiros são projetados ao desafio de buscar o aprimoramento de seus conhecimentos técnicos-científicos em um momento de globalização.

O cenário atual da saúde, com o envelhecimento populacional e com as grandes transformações globais das últimas décadas vem alterando a situação de saúde dos povos desencadeados pelo processo de urbanização acelerada, de novos padrões de vida e de consumo, emergindo neste contexto, as doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer (INCA, 2015).

O envelhecimento populacional, oriundo do aumento da expectativa de vida, elevou a incidência do câncer no Brasil, como em todo o mundo. Estima-se para 2025, com base no documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados (INCA, 2016).

A estimativa para o Brasil, no biênio 2018-2019, aponta a possibilidade da ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 170 mil casos novos), deverão ocorrer cerca de 420 mil casos novos de câncer (INCA, 2018). Considerando-se o cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo a metodologia de MATHEURS *et al.* (2013), a possibilidade da ocorrência passa para 640 mil casos novos no biênio 2018-2019 (INCA, 2018).

A magnitude do câncer, atualmente, se configura pela proporção de sua incidência no Brasil e no mundo, bem como com as especificidades de seus agravos, pelo alto custo de seus

tratamentos - cirurgia, quimioterapia e radioterapia – gerando impacto significativo no Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado de enfermagem ao paciente com câncer possui especificidades impostas pela trajetória terapêutica e complexidade das ações envolvidas, motivadas pela agressividade e pelos inúmeros efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, pelas frequentes mutilações, por vezes permanentes; pelas sucessivas internações, pelo impacto financeiro e social que o tratamento acarreta, bem como pelo limite tênue com a finitude. Essas situações remetem às inúmeras questões relacionadas a gama de informações que, bem instrumentalizadas, subsidiam a construção de indicadores gerenciais, assistenciais, de processos e de qualidade da assistência, traduzindo a totalidade e a especificidade da prática de enfermagem em todos os níveis de atenção oncológica.

Acrescenta-se que, quanto maior o número de demandas assistenciais afetadas do paciente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, já que a sistematização das ações visa o planejamento, a organização, a eficiência, e a qualidade da assistência prestada. Portanto, o PE por ser um instrumento metodológico da prática assistencial para a prestação do cuidado de enfermagem configura-se no desenvolvimento de metas e resultados, vislumbrando resultados satisfatórios e, desta forma, minimizando complicações do tratamento bem como promovendo a adesão, adaptação e recuperação do paciente (COFEN, 2009; TANNURE e PINHEIRO, 2013).

É fato que todos esses aspectos abordados com vistas a dimensão do câncer e o seu itinerário terapêutico, remete a necessidade de uma interface nas esferas primárias, secundárias e terciárias, desde o diagnóstico, proporcionando gestão dos sistemas de saúde com foco na integralidade da assistência, com prioridade para as atividades preventivas, mas, sem prejuízo dos serviços assistenciais em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, consta também, como proposta da Política Nacional de Atenção Oncológica o atendimento de forma integral aos pacientes, garantindo atendimentos mediante todas as necessidades no percurso do tratamento. (SILVA e GIARDINETTO 2012).

A Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC) no âmbito do SUS. Tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, e diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, bem como a contribuição

para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A PNPCC tem como princípios, além do reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível, e de necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política, dentre outros.

Diante de todas essas questões, o Ministério da Saúde lançou no Brasil o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis com o objetivo de promover, desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, sustentáveis e integradas. Nesse referido plano é abordado os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias, crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e é definido as diretrizes e ações em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (Ministério da Saúde, 2011).

Assim sendo, com a presença hegemônica do aumento progressivo dos casos de câncer e da configuração como uma doença crônica não transmissível, sistematizar a assistência de enfermagem é também atentar para o desenvolvimento de ações compartilhadas com as políticas públicas de prevenção, promoção e assistência de forma estruturada, com conhecimento e modelo interdisciplinar.

Ademais, o produto de um processo de enfermagem bem construído e sistematizado permite uma melhor qualidade na assistência de enfermagem no âmbito das diretrizes do SUS.

No contexto da necessidade de implementação da SAE, em face da realidade institucional de atuação, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), uma Instituição de Saúde Oncológica de alta complexidade, de referência e de participação junto ao Ministério da Saúde na Formulação de Políticas Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, é possível constatar as mudanças políticas e econômicas que a instituição vem atravessando.

A referida instituição, voltada ao atendimento oncológico, por ser do plano de carreira da Ciência e Tecnologia, está direcionada para as áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão, o que requer um corpo de profissionais altamente qualificados e atualizados, em congruência com as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde e voltados para uma assistência humanizada e de qualidade.

Segundo o INCA (2008), a oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais de enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as especificidades de cada paciente, sendo fundamental que os enfermeiros alicercem o seu saber e o fazer em um modelo de enfermagem holístico e científico.

Assim sendo, admite-se que a complexidade do cuidado de enfermagem em oncologia exige planejamento bem elaborado, e isto se dá por meio da assistência sistematizada e por todo o investimento aportado neste sentido.

Em 2004 deu-se início à trajetória de implantação da SAE no INCA, mais precisamente no Hospital de Câncer I, local desta pesquisa, face a necessidade de conformidade com a Legislação Profissional vigente, e a adesão ao Processo de Acreditação Hospitalar, visando melhoria dos registros da documentação do paciente.

Vale ressaltar que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais, com a finalidade de garantir, dentro de padrões mínimos estabelecidos, a qualidade assistencial (Martins e col., 2011). Entre as organizações acreditadoras, o INCA optou pela Joint Commission International (JCI) por desenvolver uma série de padrões orientados para processos, abordando a avaliação centrada no processo de cuidado ao paciente.

A JCI consiste numa organização acreditadora, surgida nos Estados Unidos, que busca certificar instituições de saúde conforme padrões de qualidade estabelecidos em seu manual. Tem como objetivo promover a melhoria contínua e sustentada da assistência nas instituições de saúde, por meio de padrões de consenso internacional, de metas internacionais de segurança do paciente e de assistência ao monitoramento com indicadores (CBA, 2014).

O INCA obteve certificado de acreditação em 2007 no HC III e no HC IV, seguido do HC II, em 2008, do CEMO, em 2009 e do HC I, em 2010. Em 2011 o HC II, obteve a recertificação e em 2014 e 2017, o CEMO.

Neste contexto, foi criado internamente, grupos de estudo sobre SAE, resultando na escolha da teoria adotada na prática da SAE por consenso e na construção coletiva e adequação do instrumento de coleta de dados, no módulo físico. Neste sentido, o Instrumento utilizado, no INCA, para coleta de dados, teve como embasamento teórico na sua construção, a teoria das Necessidades Humanas Básicas apropriada por Wanda de Aguiar Horta na obra *Processo de Enfermagem* (HORTA, 1979).

Dando prosseguimento ao percurso de construção da SAE, em 2007, o INCA disponibilizou, para todas as cinco unidades assistenciais, HC I, HC II, HCIII, HCIV, e CEMO, turmas para um curso de Capacitação em SAE, administrado pela Dra. Enf. Vera Lúcia Regina Maria, Consultora em SAE e em 2009 turmas para um curso de Exame Físico na Perspectiva da SAE, pelo Dr. Enf. Marcos Brandão da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em 2010, foi instituída a Comissão de Implantação das SAE do INCA, sendo elaborado por essa comissão, o modelo informatizado de Avaliação Inicial em abril deste mesmo ano, e padronizado para todas as Unidades Assistenciais do INCA, sendo colocado em teste para utilização e ajustes. Foram também levantados os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes para inclusão no Instrumento informatizado, optando-se pelos diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Souto (2010), corroborando com essa descrição histórica de Implementação da SAE no INCA, cita que o instrumento de coleta de dados elaborado originalmente pelos enfermeiros do HC I, serviu de base para a elaboração da versão compacta da Avaliação Inicial no HC III e que a escolha da linguagem diagnóstica dessa Unidade, foi a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). Vale ressaltar que a escolha pela CIPE no HC III, se deu antes da unificação na Comissão INCA, assim permanecendo até a atual conjuntura.

Entretanto, com a renovação de quase toda a força de trabalho a partir de 2010, determinadas por concurso público e finalização dos contratos existentes para dar apoio técnico ao serviço, e por diversas dificuldades operacionais e gerenciais, bem como, com o advento do prontuário eletrônico em 2012, ocorreu a interrupção da implementação do instrumento de avaliação inicial no módulo informatizado no HC I.

Quanto ao prontuário eletrônico, dificuldades também foram encontradas para acessá-lo, culminando no retorno, no HC I, da utilização do instrumento no módulo físico para que não houvesse solução de continuidade nos processos iniciados.

Em 2016, foi realizado um *Workshop* de Enfermagem no HC I, com o objetivo de efetuar um planejamento estratégico, tático e operacional do serviço para os próximos quatro anos. Durante as discussões nesse *Workshop* identificou-se a importância de se resgatar alguns processos, entre eles a SAE.

Em abril 2017 houve a interrupção do contrato com a empresa responsável pela instalação e manutenção do prontuário eletrônico no INCA, e por decisões internas foi reimplantado em todas as unidades assistenciais desta instituição, o instrumento no módulo informatizado de avaliação inicial de enfermagem, construído anteriormente, após alguns ajustes para torná-lo mais efetivo.

Assim sendo, em agosto de 2017 foi realizado um levantamento preliminar do quantitativo de avaliações iniciais no módulo informatizado que foram realizadas entre 01 de junho a 31 de agosto no INCA/HC 1, obtendo-se o resultado a seguir: de um total de 1714 pacientes internados - 527 pacientes no mês de junho, 595 pacientes no mês de julho e 592 pacientes no mês de agosto - foram realizadas trinta e duas (32) avaliações iniciais - cinco (05) no mês de junho; dezoito (18) no mês de julho e nove (09) no mês de agosto. Mesmo considerando que alguns destes pacientes não gerariam novos instrumentos preenchidos por conta de reinternações frequentes o quantitativo de instrumentos preenchidos foi bem aquém do esperado. Em alguns momentos, menos de 2% das avaliações iniciais foram realizadas no instrumento-informatizado.

Neste cenário, implementar o PE é considerado como um desafio, principalmente, no que diz respeito à adesão dos enfermeiros à aplicação desta metodologia de trabalho, uma vez que em uma realidade complexa, multifacetada, multidimensional e de um cenário sociopolítico e econômico em crise, exige deste profissional, entre outras coisas, maior diligência na execução de estratégias inovadoras, participativas e integrativas. Isto posto, percebe-se que é de suma importância o direcionamento das ações para instrumentalização, sensibilização e capacitação dos enfermeiros durante a reestruturação de todo esse processo de reimplantação do PE, objetivando melhorar a adesão dos enfermeiros à primeira fase do processo de enfermagem - Avaliação Inicial com aprofundamento dos dados que esta avaliação permite.

O presente estudo foca a primeira fase do PE, Avaliação Inicial, mas, conhecendo a importância das demais, entende-se ser este apenas o início de futuras mudanças e de propostas para implementação do PE em toda sua totalidade.

Como contribuições deste estudo para a assistência, a implantação do PE como metodologia do cuidado, cria a possibilidade de influenciar decisões terapêuticas de enfermagem, com uma visão holística da assistência a ser prestada, garante uma assistência de qualidade, com eficiência e eficácia, oferece respaldo seguro através dos registros de enfermagem, garante a complementariedade multi e inter-disciplinar.

Para a gestão promove redução de custos gerados por erros, retrabalho e desperdício de tempo, otimiza a comunicação entre paciente e enfermeiros bem como entre as equipes multiprofissionais, permite a classificação da complexidade da assistência de enfermagem bem como o dimensionamento de pessoal.

Para o ensino, serve como uma fonte de pesquisa, contribuindo com novos conhecimentos científicos, facilitando o entendimento dos profissionais enfermeiros e dos alunos de graduação e pós-graduação no âmbito do cuidado de enfermagem sistematizado inserido na área oncológica, oferecendo subsídios técnico-científico e crescimento científico da profissão.

Para pesquisa oferece subsídios para produção de novos trabalhos científicos que qualifique e aprimore a assistência de enfermagem resultando num processo de mudança de grande magnitude para a enfermagem, para o paciente e para a Instituição.

Para o Enfermeiro, dá visibilidade para as ações de enfermagem e conduz a consolidação da profissão de enfermagem.

A necessidade de conformidade com a Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009 que dispõe sobre a Sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do Processo de enfermagem, e a oferta do Edital CAPES/COFEN/UNIRIO tornou essa pesquisa necessária e oportuna.

Nesse contexto, este estudo se justifica, em face da necessidade de implementação da SAE com a operacionalização do PE, no desenvolvimento da primeira fase desse processo, no HC I, criando tecnologias para sensibilizar e capacitar os enfermeiros, considerando-se, concomitantemente, os aspectos relacionados às possibilidades e limitações na implementação da metodologia do cuidado na prática de enfermagem direcionada ao paciente oncológico e sua interface com as Políticas Públicas de Saúde.

Seus resultados visam otimizar e fortalecer o exercício profissional e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que faz com que esta pesquisa, seja de relevância e de impacto social, tanto na prática profissional de enfermagem, quanto na atenção ao paciente oncológico, familiar e coletividade.

Diante da relevância da avaliação inicial como etapa do processo de enfermagem, faz-se necessário identificar/descrever o nível de habilidades técnicas- científicas dos enfermeiros atuantes no INCA/HC 1 sobre avaliação inicial, suas dificuldades para o seu uso na prática clínica de enfermagem e qual o grau da influência de uma capacitação para aumentar a adesão ao preenchimento da avaliação inicial de enfermagem.

1.1 Hipótese

A baixa adesão do Enfermeiro ao preenchimento do instrumento de avaliação inicial do paciente oncológico no módulo informatizado é justificada pela falta de sensibilização e capacitação para o uso deste instrumento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Implementar Tecnologia educacional visando aumentar a adesão dos Enfermeiros à SAE/PE, quanto ao preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial, no módulo informatizado.

1.2.2 Objetivos específicos

Descrever o nível de conhecimento técnico-científico e de valor atribuído pelos Enfermeiros sobre SAE/PE/Avaliação Inicial do paciente oncológico;

Desenvolver oficina de sensibilização e capacitação para o registro da avaliação inicial, módulo informatizado, no atendimento de pacientes oncológicos;

Monitorar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo informatizado após a capacitação das equipes para sua utilização.

2 PRODUTO

Esta investigação gerou dois produtos:

2.1 Produto 1

Caracteriza-se como desenvolvimento de um processo/tecnologia não patenteável, especificamente um processo de gestão que visa alcançar resultados consistentes e alinhados com os objetivos estratégicos da organização (INCA), através da adesão dos enfermeiros à SAE.

Assim sendo, ao longo do estudo foram realizados: levantamento preliminar do quantitativo de avaliações iniciais informatizadas no HC I; seleção dos setores piloto para aprofundar investigação; medição do quantitativo de avaliações iniciais desses setores; aplicação do questionário; elaboração do plano da oficina de sensibilização e capacitação; aplicação a oficina de sensibilização e de capacitação e nova medição do quantitativo de avaliações iniciais informatizadas nos setores eleitos.

2.2 Produto 2

Com o objetivo de alcançar a melhoria da gestão do cuidado sistematizado, foi elaborada e implementada uma tecnologia educacional – Oficina de Sensibilização e Capacitação – que caracteriza-se como uma atividade de formação de curta duração, desenvolvida em parceria com a Universidade no provimento de integração ensino em serviço.

Com vistas a colaborar com o aprendizado sobre SAE e o PE, com a utilização do instrumento informatizado de Avaliação Inicial de Enfermagem implementado no INCA, a oficina foi disponibilizado para a Educação Continuada do HC I.

3 BASES CONCEITUAIS

Foram utilizados como conceitos fundamentais para este estudo SAE/PE/Avaliação Inicial; Teoria de enfermagem; Tecnologias: Tecnologia educacional - Capacitação/ Educação Permanente; Especificidades do Paciente com Câncer.

3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem / Processo de Enfermagem

A globalização é caracterizada pela velocidade das mudanças socioeconômicas e pelos grandes avanços tecnológicos. Grande parte dessa mudança é proporcionada pelas descobertas científicas, que podem transformar setores inteiros da economia.

O novo cenário econômico decorrente deste processo de globalização e as atuais políticas públicas de saúde têm demandado a reorganização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes com a incorporação de novas metodologias para a prática assistencial, de ferramentas de gestão, informatização, educação permanente, tecnologia em enfermagem e pesquisa em enfermagem visando oferecer a população serviços de qualidade e segurança (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

Com base no que a história ao longo dos anos relata, os cuidados ao paciente eram prestados sem a formação ideal para executá-los, até a institucionalização da profissão Enfermagem.

A enfermagem exercia atividades meramente manuais, resultado de um desdobramento da prática médica (TANNURE e PINHEIRO, 2013). Portanto é válido inferir que a enfermagem se distinguiu da prática médica, quando adotou um novo perfil para o enfermeiro como gestor do seu processo de trabalho, tornando-o um profissional responsável pelo planejamento, educação, assistência e supervisão, fortalecidos na sua prática por princípios científicos sustentados por pesquisa científica.

A precursora nos moldes supracitados foi Florence Nightingale, que demarcou a era da enfermagem moderna, onde a gestão dos cuidados e a avaliação destes eram realizados com respaldo teórico e científico, principalmente fundados em bases epidemiológicas (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

Para as mesmas autoras, (2013, p.15) “Florence Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico”.

Como parte integrante desse processo decisório, visando aprimorar o raciocínio crítico do profissional enfermeiro, vislumbrando proporcionar ao paciente uma assistência de

enfermagem individualizada, personalizada a SAE se descortina, trazendo novas possibilidades para o processo do cuidado.

Desde o final da década de 1980, com o Decreto-lei 94406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no País, definindo como atividade privativa do enfermeiro a elaboração da prescrição de enfermagem, que nos serviços de saúde passou-se a existir uma maior incorporação da SAE à prática do enfermeiro (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

Atualmente, sabe-se que uma assistência sistematizada não só fornece respaldo ao cumprimento das suas tarefas como interfere significativamente na eficácia do processo de saúde do paciente e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida.

Vale ressaltar que existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre os quais se podem citar: os protocolos institucionais, as rotinas de padronização de condutas e o processo de enfermagem, entre outras. Trata-se de diferentes formas de se desenvolver o cuidado, a fim de alcançar resultados positivos para a saúde dos pacientes. Em função disso, compreende-se que a gestão e a assistência de enfermagem são funções fundamentais para se alcançar a excelência da qualidade na atenção à saúde oferecida ao paciente, a família e a coletividade com intervenção no processo saúde-doença (SILVA *et. al.* 2011).

Segundo Fuly *et al.* (2008), em um estudo realizado, intitulado “Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem”, existem alguns conceitos associados à temática sistematização da assistência, que têm sido empregados de forma conflituosa no vocabulário popular da enfermagem, como Processo de enfermagem, metodologia da assistência e a própria sistematização da assistência.

As autoras supracitadas identificaram nas publicações pesquisadas três correntes de pensamentos que se divergem no emprego: A primeira corrente, considera SAE, PE, Metodologia da Assistência de Enfermagem como termos distintos; a segunda corrente, considera o PE e a Metodologia da Assistência de Enfermagem como termos equivalentes e a terceira corrente, admite a equivalência entre as três terminologias.

Para Silva *et.al.* (2011), a nomenclatura SAE não é a única a ser utilizada podendo-se encontrar outras nomeações, tais como: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado,

Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consulta de Enfermagem. Ainda para as referidas autoras, a relevância está em compreender que todas assinalam a aplicação de um método científico para o planejamento das ações de enfermagem.

Segundo Tannure e Pinheiro (2013), a SAE é um método científico com a finalidade de organizar o trabalho profissional da enfermagem que vem “conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade assistencial e maior autonomia profissional aos enfermeiros” e o PE é o “instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza, por meio da Resolução N° 358 de 2009 que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada por meio do PE. É nesta Resolução que se estabelece uma distinção entre a SAE e PE. A referida Resolução considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Este, por sua vez, é entendido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Portanto, a SAE é a base científica, oriunda das teorias de enfermagem, realizada por meio do PE que é a parte operacional, ou seja, instrumento e método.

A resolução COFEN N° 358 de 2009 organiza o PE em cinco etapas a saber:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as

ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem

Ainda consta nesta Resolução, que apesar do PE se desenvolver em cinco fases sequenciais, estas, são divididas apenas didaticamente, pois, não ocorrem de maneira isolada e linear, sendo interrelacionadas, interdependentes e recorrentes.

Em suma, o entendimento da influência da SAE na atual conjuntura, perpassa pela contextualização do mercado de trabalho e do processo de globalização, que demanda profissionais reflexivos e conscientes de que a SAE seja um método e o PE um instrumento para a cientificidade, autonomia e visibilidade do trabalho do enfermeiro. O investimento e o apoio dos Conselhos de Classe (COFEN e COREN) quanto ao planejamento desta assistência tem impulsionado os enfermeiros a implantar e implementar a SAE nas unidades assistenciais de saúde em todo o território Brasileiro.

3.2 Avaliação Inicial de Enfermagem

O foco deste estudo está na primeira fase do PE, coleta de dados, por ser esta fase considerada a mais importante de todo o processo (NANDA I, 2015). Para a autora “sem a coleta de dados de enfermagem adequada, não há diagnóstico de enfermagem e, sem este, pode não haver intervenções de enfermagem independente”.

É interessante enfatizar que há equivalência dos termos, conforme o teórico, em relação a primeira fase do PE: Investigação, Coleta de dados ou Histórico de enfermagem e outros. Este estudo considerou o termo avaliação inicial de enfermagem, por ser este, o utilizado no INCA.

Para Tannure e Pinheiro (2013), a investigação por ser a primeira fase do PE, é o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente, consistindo na coleta de informações referentes ao seu estado de saúde, de sua família e da comunidade que o rodeia, visando identificar as necessidades, os problemas, as preocupações e as reações humanas destes.

Corroborando com as autoras supracitadas, NANDA I (2015), afirma que os enfermeiros diagnosticam respostas humanas reais ou potenciais à condição de saúde e ou

processo de vida, ou a uma vulnerabilidade a essa resposta tendo como ponto principal, sempre, as respostas humanas.

Para NANDA I (2015), existem dois tipos de coleta de dados: inicial e aprofundada que se diferem em seus propósitos, sendo a primeira, mais simples e a segunda mais focalizada, permitindo, desta forma, ao enfermeiro investigar informações oriundas da coleta inicial e procurar indicadores adicionais para a identificação dos possíveis diagnósticos. Dessa forma, a avaliação inicial envolve uma coleta de dados com múltiplas etapas, com vistas para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e da priorização destes, tornando-se imprescindível uma coleta completa destes dados.

Alfaro-LeFevre (2005), cita que existem cinco passos para realizar uma investigação sistemática e ordenada, a saber:

- Coleta de dados

O autor elucida que os dados referentes ao estado de saúde do paciente podem ser investigados de maneira direta - coletados por meio da anamnese e do exame físico – e indireta - obtidos por outras fontes como familiares, prontuários, resultados de exames laboratoriais dentre outros, e podem ser classificados em duas categorias: dados objetivos - o que é observável- e, dados subjetivos - o que a pessoa afirma. Para o autor, os dados objetivos oferecem suporte aos dados subjetivos, e, o que o orienta esta coleta de dados, é o conhecimento que o enfermeiro tem dos sinais e sintomas para os diagnósticos reais e dos fatores de riscos para os diagnósticos de risco, ou das possíveis complicações fisiológicas do paciente.

- Validação dos dados

O enfermeiro deverá comparar os dados coletados com os valores normais ou padrões, verificar se as informações obtidas são factuais e completas de modo a não deixar de coletar dados importantes e conseqüentemente evitar erros na identificação dos problemas, entre outros aspectos.

- Agrupamento dos dados

Para o autor o agrupamento dos dados é o princípio do pensamento crítico que exige do enfermeiro julgamento crítico com bases em evidências. Os dados da situação de saúde do paciente devem ser agrupados em um conjunto de informações relacionadas, de maneira

holística, assegurando -se que as esferas biológica, social, psicológica e espiritual deste paciente sejam asseguradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada. Para o autor o registro e a organização das informações coletadas podem ser realizados por meio de um instrumento investigativo, que contemplem todas essas vertentes.

Corroborando com o autor supracitado, NANDA I (2015), afirma que, para a coleta de dados, deve ser usada uma estrutura baseada em evidências, de modo que haja exatidão no diagnóstico de enfermagem, bem como segurança no atendimento ao paciente e acrescenta que essa estrutura deve representar a disciplina do profissional enfermeiro que o utiliza - o formulário de coletas de dados.

- Identificação de padrões

O enfermeiro deverá identificar as impressões iniciais dos padrões de funcionamento humanos, decidir o que é mais relevante, buscar mais informações, procurar os fatores relacionados com o aparecimento das evidências apresentadas pelo paciente. Os dados significativos devem ser registrados e comunicados, garantindo a detecção precoce dos problemas.

Corroborando, NANDA I (2015), cita que as etapas do agrupamento de informações/ identificação de um padrão exige do enfermeiro conhecimento de uma variedade de teorias e modelos de enfermagem e de várias disciplinas relacionadas, além de conhecimento de conceitos subjacentes aos próprios diagnósticos de enfermagem; afirma também que conhecer conceitos de cada diagnóstico de enfermagem possibilita ao enfermeiro a dar sentidos exatos aos dados coletados com o paciente e aprofundados, acrescentando que as técnicas de coletas de dados não têm sentido quando não se sabe como usar estes dados.

De acordo com NANDA I (2015, p.62):

A combinação de conhecimentos básicos de enfermagem e de diagnósticos de enfermagem possibilita o enfermeiro ir da identificação dos possíveis diagnósticos baseados na coleta inicial para uma coleta de dados aprofundados e, então, para determinação de diagnóstico (s) de enfermagem preciso(s).

Tannure e Pinheiro (2013), alerta que para a realização da avaliação inicial, o enfermeiro deve lançar mão de seus conhecimentos e coletar os dados a partir dos conceitos de uma teoria de enfermagem para a realização da anamnese e o exame físico do paciente.

3.3 Teoria de Enfermagem

O conceito de teoria é abundante na literatura, sendo definida por McEwen (2016, p. 26) como uma “ Estruturação de ideias que projetam uma visão proposital, sistemática e hipotética dos fenômenos’.

Segundo Tannure e Pinheiro (2013), as teorias direcionam as ações dos enfermeiros, de modo que se possa responsabilizá-los pelos cuidados a serem prestados aos pacientes, não os executando mais empiricamente. Essas teorias contêm princípios e pressupostos, bem como elementos fundamentais que a representam como os metaparadigmas de enfermagem, a saber: Pessoa (aquele que recebe o cuidado); Saúde (finalidade da assistência de enfermagem); Ambiente (entorno imediato em que se encontra a pessoa que recebe a assistência); Enfermagem (Ciência do cuidado por meio da metodologia assistencial).

As referidas autoras afirmam que para compreender uma teoria, é de suma importância entender seus princípios e pressupostos, o metaparadigma da enfermagem que as compõem, de modo a analisar se eles se adequam à população atendida pelo enfermeiro que irá aplicar esta teoria para sistematizar a assistência de enfermagem, dessa forma, sinalizando que a escolha do referencial teórico deve ser sustentada pela relação direta entre os conceitos da teoria de enfermagem, o perfil do paciente, do enfermeiro e do tipo do ambiente em que a teoria será aplicada.

McEwen e Wills (2016), cita que a maioria dos estudiosos de enfermagem imputam à Florence Nightingale o papel de primeira teórica moderna de enfermagem.

No intuito de fundamentar os cuidados de enfermagem e possibilitar autonomia e independência na sua atuação junto ao paciente, várias teorias foram propostas. As primeiras Teorias de enfermagem surgem nos anos 50 para satisfazer as necessidades de descrever, explicar e prever um referencial próprio da enfermagem. Neste contexto surge os teóricos: Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, FAAYE Glenn Abdellah e Dorothea E. Johnson (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

No Brasil entre tantos expoentes surge na metade da década de 60, Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira, que, a partir dos pressupostos estabelecidos por Maslow e, principalmente, John Mohanas, sobre a hierarquização das necessidades básicas humanas,

formulou métodos de trabalho e buscou evidências das “necessidades básicas afetadas” que requereriam a intervenção do profissional enfermeiro (TANNURE e PINHEIRO, 2013).

Wanda Horta baseia sua teoria nas necessidades humanas básicas de Maslow, conceituando-as como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, e utilizando a definição de Mohana, classificando-as em: necessidades do nível psicobiológico, psicossocial e psicoespirituais (HORTA, 1979).

A referida teórica, propôs uma metodologia permeada pelo método científico, a qual denominou de Processo de Enfermagem composta, a princípio por oito fases: 1. Histórico de enfermagem; 2. Análise dos dados, com a identificação das necessidades humanas básicas; 3. Diagnóstico de enfermagem; 4. Avaliação do diagnóstico diante das observações feitas na execução do plano terapêutico; 5. Plano terapêutico de enfermagem, englobando todos os cuidados necessários, enquanto o paciente estiver sob os cuidados do profissional; 6. Implementação do plano e avaliação, com o plano de cuidado diário; 7. Evolução de enfermagem, anotação diária de tudo que ocorre com o paciente e 8. Prognóstico de enfermagem.

Embora os estudos de Horta terem sido iniciados na década de 60, somente em 1979 que a atenção dos enfermeiros brasileiros passa a ser direcionado para o PE havendo, a partir deste ano, com a publicação do livro de Wanda Horta, uma redução das fases do PE, a saber: 1. Histórico de enfermagem; 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Plano assistencial; 4. Prescrição de enfermagem; 5. Evolução de enfermagem.

Com os trabalhos de Horta, enfatizou-se o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio de implementação PE em todo o Brasil. O referencial das necessidades humanas básicas ainda fundamenta a prática assistencial da enfermagem, conforme relatos de pesquisas (LUCENA; BARREIRA, 2011; CAVALCANTE, *et al.*, 2011).

3.4 Tecnologias

O termo tecnologia é uma palavra composta de origem grega, formada pela palavra *techne* (arte, técnica) e *logos* (corpo de conhecimento), que tem uma ampla conotação

relacionadas às técnicas, métodos, procedimentos, ferramentas ou produtos. Remete ao que fazer, por que, para quem, no fazer e como fazer (NIETSCHE *et al.*, 2012).

O principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da atividade humana nas mais variadas esferas, produzindo e ou aperfeiçoando produtos para atender às necessidades da demanda, com redução de tempo e de custos (KOERICH *et al.*, 2006). Para alguns autores, o trabalho tecnológico é intencional e racional, envolve raciocínio teórico e prático e conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados e especializados em constante processo de inovação.

Vive-se numa era tecnológica onde, muitas vezes, segundo Nietzsche *et al.* (2012), a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, ao mundo dos aparelhos e das máquinas, “numa lógica reducionista”. Não é raro as pessoas referirem-se a tecnologia como o produto final das atividades que facilitam o seu cotidiano, reportando-se, na maioria das vezes, aos artefatos que utilizam, tais como: computadores, eletrodomésticos, celulares, entre outros. Entende-se que tecnologia compreende certos saberes, constituindo-se num conjunto de conhecimentos que inovam a prática do cotidiano humano, para a geração e utilização de produtos que satisfaçam as necessidades da população (SCHWONKE *et al.*, 2011).

Na área da saúde as tecnologias recebem as seguintes categorizações: tecnologia dura - representada pelo material como equipamentos, mobiliários, normas, estruturas organizacionais; tecnologia leve-dura - inclui os saberes estruturados nas disciplinas que atuam na área de saúde (odontológica, clínica médica, epidemiológica, entre outras) e tecnologia leve - tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, insere o processo de produção da comunicação, das relações, de gestão como uma forma de governar processos de trabalho entre outros (SILVA *et al.*, 2008). Ainda para os referidos autores, estas três categorias tecnológicas estão estreitamente inter-relacionadas de modo que o produzido pelo profissional a partir do seu conhecimento, além de produzir tecnologias leves pode se desdobrar em tecnologias duras e/ou leve-duras.

O trabalho em saúde pode ser visto a partir da existência de três recursos, como forma de ilustrar o conjunto tecnológico utilizado na assistência. No primeiro se encontram os instrumentos, no segundo, o conhecimento técnico estruturado e, no terceiro, as relações construídas entre sujeitos que só têm materialidade em agir (SILVA e LOURO, 2010).

Merhy (2002), define tecnologia do cuidado tipificando-a em três: (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada a priori como os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, normas e rotinas; (b) leve-duras: são as representadas pelos saberes e o conhecimento advindos da clínica ou da epidemiologia e (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, como acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomia.

No serviço de enfermagem, a utilização de tecnologias vem aperfeiçoando sua prática no cuidado, na gestão, no ensino e pesquisa, bem como nas relações interpessoais estabelecidas. O seu emprego acontece de variadas formas e sofre influências de acordo com a significação atribuída à sua utilização, enquanto ferramenta de trabalho.

É válido ressaltar que a enfermagem, nos dias atuais, sofre grandes impactos das tecnologias em todas as áreas de atuação sendo influenciada pelas tecnologias duras, seguida das leve-duras, estando as leves ainda sendo pouco valorizadas e implementadas pelos enfermeiros para o cuidado.

3.4.1 Tecnologia Educacional –Capacitação/ Processo de Educação Permanente

3.4.1.1 Capacitação

Vivemos num mundo de rápidas transformações, no qual, o profissional precisa estar preparado para receber de forma positiva as mudanças resultantes da globalização e dos avanços tecnológicos, conciliando as necessidades de desenvolvimento pessoal com as do trabalho e as da sociedade, emergindo neste contexto, como elemento fundamental na base das transformações do mundo globalizado, a capacitação profissional (PASCHOAL, 2004).

Um programa de capacitação de profissionais para ser eficiente necessita ser sustentado por uma proposta educativa capaz de desenvolver práticas e reflexões sobre o processo de trabalho, contribuindo para melhorar o desempenho dos profissionais com vistas a oferecer um atendimento de qualidade à população. Neste programa deve-se incluir metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras e diferenciadas de conceber e implementar uma capacitação profissional (SILVA *et.al.*, 2011).

A educação é tida como um cenário de construção e aplicação das tecnologias, que têm sido incorporadas cada vez mais às práticas educativas, ocasionando a transformação da aprendizagem. O incremento de novas tecnologias educacionais tem mostrado diversas possibilidades para a melhoria da educação e sua democratização (SERPA, 2012).

Teixeira (2010), define Tecnologias Educacionais como dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal -acadêmica, formal-continuada.

As tecnologias educacionais, utilizadas pela enfermagem, são direcionadas para a organização lógica das atividades, de tal modo que elas possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e socializadas. São entendidas com um fundamento filosófico, técnico-científico, objetivando a atualização e capacitação do corpo de enfermagem, possibilitando ao educador maneiras inovadoras de trocar conhecimentos com o aluno, facilitando o aprendizado e contribuindo, desta forma, para o avanço educacional (NIETSCHE *et al.*, 2012).

Na atualidade, com o uso de tecnologias educacionais nos programas de capacitação, o enfermeiro pode desenvolver de forma mais ampla e criativa o seu real papel de orientador e facilitador. Entretanto, o grande desafio na utilização de uma tecnologia educacional, consiste em propostas de ensino que acabem com as fórmulas prontas e estimulem o raciocínio crítico e o cognitivo dos discentes.

Neste sentido, apresentar as diferentes concepções pedagógicas torna-se necessária, quando se pretende construir um programa de capacitação e atualização profissional, sendo a Pedagogia Crítico-Social dos conteúdos a opção para subsidiar a Oficina de sensibilização e capacitação.

- **Tendências Pedagógicas**

Buscou-se em Pereira (2003) e Donato (2009) a definição das principais tendências pedagógicas na educação brasileira:

A- Pedagogia Tradicional

Nesta concepção pedagógica, o professor é a figura central e o aluno é o receptor passivo dos conhecimentos como verdades absolutas. Há predominância da exposição oral dos conteúdos; enfatiza-se a necessidade de exercícios repetidos para garantir a memorização dos conteúdos (DONATO, 2009).

O ensino tradicional, não busca estabelecer relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos alunos, tampouco entre esses e os problemas reais que afetam a sociedade.

B- Pedagogia Nova

Nesta concepção pedagógica, o professor deixa de ser o centro do processo, dando o lugar ao aluno. O professor deixa de ser o transmissor dos conteúdos, passando a facilitador da aprendizagem. Os conteúdos programáticos passam a ser selecionado a partir do interesse dos alunos. O importante nesta concepção não é aprender e sim aprender a aprender. Quanto à metodologia são utilizados trabalhos em grupo, dinâmicas de grupo, pesquisa, jogos de criatividade em um ambiente dotado de materiais didáticos, estimulante e alegre, muito diferente do ambiente frio e formal da escola tradicional (DONATO, 2009).

C- Pedagogia Tecnicista

Nessa concepção pedagógica, o centro do ensino não é mais o professor, nem mais o aluno, mas as técnicas, daí o nome tecnicista, havendo uma reorganização do processo educativo no sentido de torná-lo objetivo e operacional. Exige-se dos professores a operacionalização dos objetivos, como instrumento para medir comportamentos observáveis, válidos porque mensuráveis, porque controláveis. Os conteúdos de ensino são as informações, os princípios científicos, as leis, entre outros, ordenados em uma sequência lógica e psicológica por especialistas (DONATO, 2009).

D- Pedagogia Libertadora

Nessa concepção pedagógica, o professor está no mesmo nível de importância em relação aos alunos.

A pedagogia libertadora ou da problematização possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa, onde o método de ensino baseia-se na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor. Neste contexto, pode-se citar como exemplo, o modelo educacional de Paulo Freire, que tem sido apontado como importante contribuição para a educação em saúde. Segundo Paulo Freire, é através do diálogo que se dá a comunicação e a partir desta, que se produz conhecimento. O conhecimento advém da realidade concreta,

isto é, da situação real vivida pelo educando, que se concretiza através de análise crítica dessa realidade (PEREIRA, 2003).

E- Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos

Nessa concepção pedagógica, professores e aluno são considerados sujeitos do processo ensino-aprendizagem. Esta pedagogia busca resgatar da pedagogia tradicional a importância da dimensão do saber; da escola nova, a dimensão do saber ser; e da pedagogia tecnicista, a dimensão do saber fazer (DONATO, 2009). Ainda para o referido autor, a educação é entendida como processo de criação e recriação de conhecimentos. Valoriza-se a problematização, o que implica uma análise crítica sobre a realidade-problema, desvelando-a.

3.4.1.2 Processo de Educação Permanente

Segundo Tannure e Pinheiro (2013), a implantação da SAE, exige aquisição de conhecimentos e habilidades, demandando a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo. Neste sentido, ainda para as referidas autoras, a educação permanente vem se configurando em uma relevante estratégia para a implantação da SAE ao assumir os conceitos e princípios universais da educação permanente em saúde, aplicada conforme a especificidade de cada Instituição ou serviço, trazendo como ponto de partida para o seu uso, a realidade em que a situação problema é vivenciada, buscando a qualificação técnica dos trabalhadores não só na dimensão técnica especializada, mas também na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais.

Corroborando com as autoras supracitadas, Lavich *et al.* (2017), afirma que a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para a construção de novas práticas em saúde e enfermagem, tratando-se de uma estratégia política pedagógica que emergiu em âmbito internacional, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como na esfera nacional, pelo Ministério da saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Para Barth *et al.* (2014), as mudanças ocorridas em 1990 pela regulamentação do Sistema Único de Saúde e em 2000 pela instituição da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fizeram com que a educação dos trabalhadores da saúde passasse a ser

repensada e instituída como Educação Permanente em Saúde, de modo a ultrapassar os moldes tradicionais, verticais e fragmentados, como foco exclusivo na atualização profissional.

Como parte desse processo, o Ministério da Saúde, em 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Em 2006, o Governo Federal institui o Pacto pela Saúde por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o qual apresenta mudanças na gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Em 2007, com a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, definiu-se novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política de Educação Permanente, com vistas à adequação com o Pacto pela Saúde, passando a ser considerada as especificidades e as desigualdades regionais, às carências de formação e de desenvolvimento para o trabalho no setor saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Em 2014, com a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014 fica instituída as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) sendo definida como Educação Permanente em Saúde a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde; e a aprendizagem como um processo que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho. Ainda nessa Portaria fica estabelecida como ações de educação, reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde.

Dessa forma, neste contexto, os enfermeiros necessitam buscar estímulos, motivação, sensibilização e conhecimentos a partir de suas práticas, que os levem a uma mudança de atitude

em relação ao seu exercício profissional e que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde.

3.5 Especificidade do paciente com câncer

O câncer ainda é uma doença muito estigmatizada e apesar dos avanços obtidos no que diz respeito ao seu diagnóstico e ao tratamento, essa doença ainda provoca além dos aspectos físicos alterados, como dor, efeito adverso da terapia e mutilações um impacto psicológico, acarretando o surgimento de sentimentos de diferentes naturezas e intensidades (SALCI *et al.*, 2008).

É consenso por vários autores que o câncer, assim como qualquer outra doença crônica, desestrutura emocionalmente o paciente e os seus familiares.

O paciente portador de câncer, vivencia o seu processo de adoecer com sentimentos de angústia, medo e sofrimento sentindo-se fragilizados diante da doença e do tratamento, despertando muitas dúvidas, curiosidades e expectativas em relação ao tratamento (SILVA *et al.*, 2011).

Para Muniz *et al.* (2009), o paciente com câncer deixa de ser uma pessoa saudável e trabalhadora para assumir uma identidade de doente, incapaz de realizar atividades simples do seu cotidiano.

Conduzidos pelo estigma da doença oncológica, pela falta de conhecimento sobre o assunto, pelo medo quanto ao sucesso do tratamento, assim como pela possibilidade de sua recorrência e o pelo temor da morte, o diagnóstico de câncer torna-se um motivador de luto antecipado para paciente e sua família.

O tratamento quimioterápico acarreta para o paciente uma série de reações que podem ser de maior ou de menor intensidade, uma vez que consiste em um tratamento sistêmico que gera impacto na divisão das células cancerígena, causando alguns efeitos colaterais como: vômitos, estomatite, constipação, diarreia, tontura, insônia, fadiga, dor, depressão, irritabilidade, dentre outros, interferindo negativamente nas dimensões física, emocional e cognitiva, provocando transformações nas relações sociais e pessoais do paciente e sua família (INCA, 2008).

O tratamento radioterápico, também acarreta reações ao paciente uma vez que esta modalidade de tratamento utiliza descargas de radiações no tumor para danificar o DNA das células, impedindo assim a sua reprodução, traduzindo-se em um tratamento de enfermidade localizada, onde ainda não ocorreu metástase. Dentre os efeitos colaterais a esse tratamento evidenciam-se: as Radiodermites, a mucosite, a xerostomia e a fadiga (INCA, 2008).

Segundo Araújo e Rosas (2008), a maioria dos pacientes oncológicos, quando são encaminhados para o tratamento radioterápico, já estão exaustos de outras modalidades terapêuticas que enfrentaram, como a cirurgia e a quimioterapia, uma vez que cada tratamento a qual eles são submetidos significa o enfrentamento de um novo diagnóstico tanto para eles como para suas famílias. Durante todo o tratamento radioterápico, o paciente é tomado por sentimentos de desamparo, angústia, medo, insegurança, independente da fase em que ele se encontra na terapia.

A modalidade de tratamento cirúrgica ainda é, na atualidade, considerada a mais importante no arsenal terapêutico dos tumores sólidos malignos, podendo ser realizada com a finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (INCA, 2008). Entretanto para o paciente, apesar da possibilidade de cura, ainda é sentida como um tratamento agressivo, mutilador, causando impacto na autoimagem, conduzindo a baixa estima, diminuição da libido sexual, provocando, desta forma, mudanças no seu estilo de vida.

Em suma, o câncer, de um modo geral, ainda é entendido pelas pessoas como sinônimo de mutilação, dor, morte e sofrimento de difícil enfrentamento tanto para o paciente, quanto para o familiar, quanto para o profissional que atua diretamente com este paciente. Nesta perspectiva, cabe a enfermagem identificar suas próprias concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de atuação, embasadas em legislações vigentes que os ampara, alinhadas com as Políticas Públicas de Saúde, em consonância com as diretrizes do SUS, visando assim uma assistência adequada, humanizada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Abordagem

Para a escolha da metodologia utilizada nesse estudo considerou-se a natureza, os instrumentos de coleta de informações e as técnicas de análise e interpretação de dados que tivesse uma interação direta com a melhoria dos processos de trabalhos do INCA/HC I.

Desta forma, optou-se por um estudo comparativo, antes e depois, tipo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa para coleta e análise dos dados e para o desenvolvimento dos produtos, o processo de análise administrativo de Cury (2017).

4.2 Campo da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no INCA. Atualmente, esta Instituição possui dezoito (18) endereços - dezessete (17) no Rio de Janeiro e um (01) em Brasília - com quatro (04) unidades assistências – Hospital de Câncer 1 (HC 1); Hospital de Câncer 2 (HC 2); Hospital de Câncer 3 (HC 3) e o Hospital de Câncer 4 (HC 4).

O HC 1, local do estudo, atende as especialidades cirúrgicas (Abdômen, Urologia, Tórax, Neurocirurgia, Cabeça e Pescoço, Plástica, Dermatologia), as especialidades Clínicas (Oncologia, Hematologia e Clínica Médica), as especialidades Pediátricas (Oncologia Clínica e Cirúrgica, Hematologia, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, Unidade de Pronto Atendimento Pediátrica e Ambulatório), as especialidades da Área de Procedimentos Externos (Radioterapia, Quimioterapia, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico, Banco de Sague, Unidade de Pronto Atendimento Adulto e Ambulatórios), bem como o Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo Adulto (UTI;UPO) e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

Neste contexto, optou-se pelas Unidades de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico e pelas Unidades de Internação hospitalar: Seção de Cirurgia Abdominopélvica e Serviço pediátrico (Oncologia Clínica e Cirúrgica), para o desenvolvimento dessa pesquisa.

O Pronto Atendimento Adulto tem uma capacidade instalada de oito (08) leitos de repouso e três (03) cadeiras para hidratação do paciente; o Pronto Atendimento Pediátrico, três (03) leitos de repouso e uma (01) maca; a Seção de Cirurgia Abdominopélvica tem vinte e quatro (24) leitos, distribuídos em dois (02) quartos, com um (01) leito cada, de isolamento, cinco (05) enfermarias de quatro (04) leitos e uma (01) enfermaria de dois (2) leitos; a Oncologia Pediátrica, dezoito (18) leitos, distribuídos em cinco (05) enfermarias sendo uma (01) de dois (02) leitos, quatro (04) de três (03)leitos acrescidos de quatro (04) quartos com um (01) leito cada, destinados aos pacientes em isolamento.

Os setores, Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico, foram escolhidos por manterem uma relação direta com o objeto do estudo, por serem, efetivamente, uma das portas de entrada dos pacientes a serem admitidos nas unidades de internação hospitalar e por terem enfermeiros escalados por vinte e quatro horas ininterruptamente. Os Pronto Atendimentos Adulto e Pediátrico atendem tanto pacientes em estado de emergência como em estado de urgência, bem como pacientes procedentes dos ambulatórios, que por não terem leitos disponíveis no ato da solicitação de internação no espaço de internação hospitalar, ocupam seus leitos até que haja liberação de vaga nas clínicas de origem destes pacientes.

Optou-se também pelos setores de Internação hospitalar, Seção de Cirurgia Abdominopélvica e o Serviço de Oncologia Pediátrica, pelo perfil do paciente destas especialidades e pela demanda assistencial do setor que reflete um panorama de atendimento majoritário a pacientes portadores de tumores sólidos ou ainda com doença metastática, que acabam por chegar ao serviço com grande avanço da doença o que requer aprofundamento dos dados coletados, na maioria das vezes, pelas Unidades de Pronto Atendimento.

O Setor de Internação da Seção de Cirurgia Abdominopélvica apesar de ser destinada ao atendimento de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia oncológica abdominopélvicas, é o setor que tem maior índice de internações de sua especialidade por emergências oncológicas, além de receber pacientes de outras clínicas que necessitam internação, quando não há vaga no setor da especialidade de origem.

A oncologia pediátrica, destina-se ao atendimento de pacientes pediátricos, portadores de neoplasias sólidas, que podem necessitar de internação hospitalar para tratamento cirúrgico, quimioterápico, ou radioterápico além de intercorrências devido aos avanços e agravos decorrentes da própria doença.

Isto posto, pode-se afirmar que rotineiramente, o HC 1 atende a uma demanda de pacientes de alta complexidade assistencial, debilitados em função das diversas desordens que um câncer pode produzir no organismo, uma vez que pode afetar diferentes órgãos e sistemas orgânicos, levando, inclusive, um quadro de evolução aguda para uma gravidade clínica. Este fato exige da equipe de enfermagem maior domínio sobre SAE/PE/Avaliação inicial para que se possa oferecer a estes pacientes uma assistência de enfermagem individualizada, com qualidade, segurança no tempo certo e humanizada, domínio este, que será avaliado no estudo.

4.3 Amostra

Foi do tipo intencional, composta de acordo com informações disponíveis nas escalas de serviço, o Pronto Atendimento Adulto tem um efetivo de onze (11) enfermeiros e o Pronto Atendimento Pediátrico um efetivo de seis (06) enfermeiros, a Seção de Cirurgia Abdominopélvica conta com doze (12) enfermeiros e a Oncologia Pediátrica com nove (09) enfermeiros, totalizando uma amostra de trinta e oito (38) profissionais com possibilidades de fazer parte da pesquisa.

Todavia, a amostra do estudo, a princípio constituída por 38 enfermeiros, passou a ser de 54 enfermeiros, em razão dos critérios de inclusão, no tocante ao item 1 “Enfermeiros líderes de serviço, enfermeiros da rotina e enfermeiros assistenciais de outros setores, escalados nos locais do estudo”, ao item 2 “enfermeiros lotados em outros setores que fazem plantão hospitalar (PH), pelo menos duas vezes ao mês, nos setores foco do estudo”.

4.3.1 Critérios de inclusão

4.3.1.1 Enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Pronto Atendimento Adulto ou Pediátrico, na Seção de Cirurgia Abdominopélvica e no Serviço de Oncologia Pediátrica, local do estudo;

4.3.1.2 Enfermeiros de outros setores que são escalados eventualmente, ou, que fazem plantão hospitalar (PH), pelo menos, duas vezes ao mês, no local do estudo;

4.3.1.3 Enfermeiros especialistas em oncologia e/ou com experiência profissional em oncologia acima de um ano;

4.3.2 Critérios de exclusão

4.3.2.1. Enfermeiros que se encontravam de férias e de licença médica na época do desenvolvimento da pesquisa.

4.4 Desenvolvimento dos Produtos

O desenvolvimento dos produtos desse estudo se deu mediante um planejamento pautado na metodologia administrativa organizacional proposta por Cury (2017) - análise administrativa - que por se tratar de um processo de trabalho dinâmico e permanente, com o objetivo de realizar diagnósticos situacionais das causas, estudar soluções integradas para os problemas administrativos, planejar as mudanças, os processos de trabalho, aperfeiçoando-os, tornou-se pertinente à construção dos produtos propostos, implementando-os e controlando os resultados alcançados.

Para Cury (2017) a análise administrativa se desdobra em dois momentos distintos. Em um primeiro momento, é realizado um diagnóstico situacional das causas, buscando identificar não só o clima e a estrutura da organização, mas também seus métodos e processos de trabalho. Pode ser alcançado por meio de levantamento de dados e a crítica desses respectivos dados. O segundo momento envolve a intervenção planejada, incluindo o estudo das soluções dos problemas, e sua respectiva crítica. Além disso, abrange o planejamento da mudança, implantação e controle de resultados.

Assim sendo, em conformidade com os pontos fundamentais de análise administrativa, na elaboração do programa de trabalho para a análise administrativa na busca de melhorias dos processos de trabalho foi observado nessa pesquisa as três fases descritas por Cury (2017).

4.4.1 Fase I - diagnóstico situacional das causas absorvendo a etapa de levantamento e crítica do levantamento:

Essa fase, realizada somente após identificado a situação problema - falta de adesão dos enfermeiros ao preenchimento de avaliação inicial no módulo informatizado - buscou identificar não só o ambiente e a estrutura da organização, mas também seus procedimentos e metodologias de trabalho por meio de um levantamento de dados e críticas a esses dados coletados e analisados.

4.4.1.1 Levantamento de dados

Essa etapa foi constituída por uma revisão de literatura, pela aplicação de um questionário e pelo levantamento do quantitativo de avaliações iniciais realizadas antes da

intervenção (sensibilização e capacitação).

A. Revisão de Literatura

A revisão de literatura realizada nessa pesquisa, compreendeu a identificação, coleta e análise de documentos tais como: normas, instruções de serviço, procedimentos operacionais padrão (POPs) e Fluxos dos processos de trabalho constantes do Sistema Normatiza (Sistema interno do INCA), bibliografia especializada sobre, SAE e PE.

A.1. Análise Documental

Neste sentido, foram localizados dois POPs, que se encontravam desatualizados, necessitando de revisão e atualização: um POP sobre Consulta de enfermagem de primeira vez e outro POP sobre Consulta de enfermagem subsequente, nos quais apenas são citados o número do modelo do impresso físico de registro de avaliação inicial de enfermagem a ser preenchido durante às respectivas consultas. No tocante à avaliação inicial especificamente, não foi localizado nenhuma Norma, Instrução de serviço ou POP diretamente relacionado a essa atividade no Sistema Interno do INCA/HCI.

A.2. Revisão Integrativa

No desenvolvimento das reflexões sobre o enfoque que se pretendeu dar ao estudo, foi realizada uma revisão integrativa em 2017, visando aprofundar o conhecimento da temática SAE e do PE, voltada à área oncológica, buscando sempre a interface de todas essas abordagens com a prática profissional do enfermeiro. Para a busca das produções científicas, foram consultados na biblioteca virtual de saúde (BVS) as seguintes bases de dados: Banco de Dados de Enfermagem (BFENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE. Utilizou-se nesta busca os seguintes descritores combinados: Enfermagem AND Processo de enfermagem; Enfermagem AND Oncologia; Processo de Enfermagem AND Oncologia; os critérios de inclusão foram: artigos publicados que apresentavam textos completos nos referidos bancos de dados, em que os participantes dos estudos fossem enfermeiros, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: estudos reflexão, relatos de experiência, revisão sistemática e estudos que se repetissem entre as bases de dados considerando-se apenas um.

Apesar de ter sido sinalizado durante a busca das produções científicas, os últimos cinco anos, o recorte inicial foi determinado pela própria busca eletrônica, compreendendo os últimos dez (10) anos, de 2007 a 2017.

Depois de acessados os títulos na BVS, com base nos critérios de inclusão e exclusão e de proximidade com a temática, dos 158 estudos encontrados (BDENF - 55; LILACS – 80; MEDLINE – 23), foram selecionados 10 artigos.

Na revisão integrativa constatou-se que nas publicações acerca da sistematização da assistência de enfermagem com a operacionalização do processo de enfermagem não atende a Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009 em toda sua integridade. Até o término desta busca não foi encontrado nenhum estudo com foco na primeira fase do PE- avaliação inicial- e que fosse direcionado ao paciente oncológico.

Os estudos são voltados para a compreensão do significado da prática do Processo de Enfermagem para enfermeiros; descrição do passo-a-passo do processo de enfermagem oriundos literatura, correlacionando-os, com a prática diária do enfermeiro; Compreensão dos significados atribuídos ao processo de enfermagem pelos enfermeiros; articulação das tecnologias do cuidado com base nos saberes utilizados no cuidado ao cliente; Aplicação do processo de enfermagem baseado na proposta de NANDA; Análise de Leis e Decretos-Leis que normatizaram a prática da enfermagem no período da implantação do processo de enfermagem no Brasil; Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico para validação e avaliação da carga de trabalho; Os diagnósticos e intervenções de enfermagem acerca das necessidades psicossociais e psico-espirituais de pacientes oncológicos; Fatores que interferem no gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico em um hospital geral.

Face à pesquisa realizada, percebe-se a escassez de estudos sobre a SAE, focado na operacionalização do PE durante a primeira fase do processo -avaliação inicial- ao paciente oncológico e nos resultados sobre a implantação e implementação da SAE e/ou sobre o produto final destas ações, ressaltando que a pesquisa em enfermagem possibilita o aperfeiçoamento da prática e conseqüentemente a prestação de uma assistência de qualidade.

B. Aplicação do questionário de diagnóstico situacional sobre a SAE no INCA/HC I.

Para abordar avaliação inicial como primeira fase do PE, é necessário entendê-la dentro

do contexto da SAE como um todo, portanto, dando continuidade a fase de levantamento, foi aplicado um questionário aos enfermeiros, de modo que os dados coletados pudessem ser adequadamente trabalhados para fins estatísticos, e, desta maneira, pudessem subsidiar o planejamento para sensibilização e capacitação dos enfermeiros quanto ao preenchimento do instrumento de avaliação inicial ao paciente oncológico no módulo informatizado.

Essa coleta de dados foi realizada por meio da técnica de questionário estruturado (APENDICE A), já validado, e adaptado para atender aos objetivos desse estudo. Os profissionais responderam questões, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B), referentes a caracterização dos respondentes (sexo, idade, formação profissional, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, e tipo de vínculo empregatício); a percepção individual sobre SAE e PE nos aspectos: conhecimento, elementos dificultadores, benefícios e elementos facilitadores; a percepção individual sobre a situação da SAE e do PE na unidade de trabalho do respondente; e, a alguns itens acrescido ao questionário, sobre avaliação inicial na prática clínica do enfermeiro no local do estudo.

O questionário intitulado ‘Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem, elaborado e validado por Ribeiro (2015), foi adaptado pela pesquisadora, após autorização da autora supracitada para sua utilização nessa pesquisa (ANEXO A). Foi mantido na íntegra o conteúdo original, sendo apenas acrescentado o domínio nº 8, garantido dessa forma, que toda validação fosse transferida para o referido instrumento. O conteúdo para adaptação desse instrumento foi proveniente da Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009, de pesquisa em literatura e do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo informatizado em vigor no INCA/HC I bem como na vivência profissional da autora junto a assistência direta ao paciente oncológico.

Antes da sua aplicação, foi realizado um pré-teste do instrumento adaptado, a fim de obter uma revisão crítica desse instrumento. ‘O pré-teste é um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas’ (POLIT; BECK, 2011 p. 378).

O referido questionário foi aplicado, preliminarmente, a três enfermeiros escolhidos por afinidade à temática, dos quais faziam parte do total da amostra estudada. Esses enfermeiros afirmaram que não tiveram dificuldades para responder o questionário e que este instrumento possivelmente seria capaz de gerar dados úteis tanto para a Instituição quanto para a pesquisa

em epígrafe. Assim sendo, o referido questionário foi aplicado ao restante da amostra dessa pesquisa.

Face ao exposto, o resultado dos dados obtidos do questionário aplicado, mais detalhado durante a discussão e análise dos dados coletados, serviram de embasamento para a elaboração de uma tecnologia educacional - Oficina de sensibilização e de capacitação dos enfermeiros para realização da avaliação inicial ao paciente oncológico, no módulo informatizado.

C. Levantamento quantitativo das avaliações iniciais realizadas antes da realização da oficina de sensibilização e capacitação

Anterior à etapa do levantamento propriamente dito, foi realizado, preliminarmente, uma consulta na Intranet, sobre o quantitativo dos instrumentos de avaliação inicial no módulo informatizado que foram preenchidos pelos enfermeiros do HC 1, de primeiro de junho de 2017, quando da implantação do módulo informatizado no HC I à 31 de Agosto de 2017, cujo resultados evidenciaram falta de adesão dos enfermeiros a essa prática, como já citado anteriormente, iniciando-se naquele momento algumas reuniões com as lideranças de enfermagem na tentativa de sensibilizá-las e de engajá-las neste processo de mudanças.

Isto posto, dando prosseguimento à pesquisa foi realizado um levantamento relacionado ao total de avaliações iniciais no módulo informatizado realizadas pelos enfermeiros participantes da pesquisa no mês de fevereiro de 2019. Tratou-se, neste seguimento, de um estudo anterior à intervenção que foi a realização da Oficina de Capacitação ocorrido no mês de março de 2019, objetivando acompanhar os resultados desse processo após sensibilização e capacitação dos enfermeiros para o preenchimento da avaliação inicial no módulo informatizado do INCA.

4.4.1.2 Crítica do levantamento

A crítica durante a etapa de levantamento foi processada durante a etapa de análise e de discussão dos dados coletados, confrontando-os com a situação problema do estudo - falta de adesão dos enfermeiros à realização da avaliação inicial no módulo informatizado.

4.4.2 Fase II – Estudo da solução dos problemas contribuindo com o planejamento da solução e crítica do planejamento:

4.4.2.1 Elaboração do Plano e aplicação da Oficina de Sensibilização e de Capacitação

Na sequência iniciou-se a elaboração de um plano de funcionamento dos processos existentes que precisam ser melhorados, traduzindo-se no planejamento das modificações que se fizeram necessárias, apresentando novos métodos e processos de trabalho. Foi nesta fase que houve a oportunidade de se desenvolver um produto que estivesse em consonância com a natureza do problema do estudo.

Nesta etapa do trabalho evidenciou-se a necessidade de intervenção no processo de gestão a fim de melhorar os processos e alcançar os resultados esperados.

Neste sentido foi criado um plano da Oficina de Sensibilização de Capacitação dos Enfermeiros envolvidos na pesquisa (APÊNDICE C) e aplicado a Oficina de Sensibilização e de Capacitação para o registro de Avaliação Inicial do paciente Oncológico, no módulo Informatizado sob a temática “ Oficina de Sensibilização e Capacitação para uso na INTRANET do formulário de Avaliação Inicial de Enfermagem para os enfermeiros do HC I.

A referida Oficina foi realizado em parceria com a Divisão de Enfermagem e a Educação Continuada do HC I, em dois momentos distintos, nos dias 15 e 26 de março de 2019, das 08h às 12h. A participação a essa Oficina foi estendida a todos os enfermeiros do HC I, desde que inscritos previamente e que estivessem dentro da capacidade de absorção do auditório reservado, atendendo, dessa forma, aos anseios da Divisão de Enfermagem em comum acordo com a Educação Continuada, apesar, da manutenção do foco na amostra desta pesquisa - enfermeiros alocados no Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico, nas Unidades de Internação da Seção Abdominopélvica e no Serviço de Oncologia Pediátrica. A referida Oficina, contou com a participação de 50 Enfermeiros ao todo, divididos nos dois dias supracitados. No primeiro dia, compareceram vinte e oito (28) enfermeiros, e destes, vinte e dois (22) incluindo os dois (02) docentes do conteúdo prático, fizeram parte da amostra dessa pesquisa. No segundo dia, compareceram vinte e dois (22), e destes, dezessete (17) fizeram parte da pesquisa.

O objetivo da Oficina foi sensibilizar e capacitar enfermeiros para o registro na Intranet de Avaliação Inicial do paciente Oncológico, e para tal buscou-se apresentar aspectos conceituais e práticos sobre SAE, PE e Avaliação Inicial; Referenciar as teorias de enfermagem; Abordar a importância do cumprimento da Legislação vigente quanto a SAE/PE; Discutir a importância desta temática na busca da identidade do profissional enfermeiro; Contextualizar a coleta de dados durante a avaliação inicial do paciente oncológico; Estimular o raciocínio clínico no desenvolvimento do PE; Apresentar e discutir o formulário de Avaliação no módulo Informatizado.

A divulgação do curso foi realizada por meio de E-mail Institucional às lideranças e por Pôsteres instalados nos postos de enfermagem do HC I, informando aos interessados sobre a data, local e horário do curso, além da divulgação durante a reunião da Divisão de enfermagem, realizada em 20 de fevereiro de 2019, quando foi solicitado às lideranças para fortalecerem o comparecimento de suas equipes.

A oficina foi ministrada na Unidade INCA da Rua Marquês de Pombal, sendo o conteúdo teórico realizado no auditório 2 no dia 15 e no auditório 1 no dia 26, e o conteúdo prático realizado na sala multimídia em ambas as datas, todos localizados no mesmo corredor.

No desenvolvimento da Oficina em epígrafe, foi adotado como tecnologia educacional: um programa de sensibilização com aula expositiva dialogada, para aplicação do conteúdo teórico, abordando como já mencionado, aspectos conceituais, estruturais e construtivos na implantação e implementação da SAE, Processo de Enfermagem e Avaliação Inicial; e uma metodologia ativa - o método *Problem Based Learning* (PBL) - conhecida como Aprendizagem Baseada em Problemas, para aplicação do conteúdo prático, promovendo discussão de casos clínicos e o devido preenchimento do instrumento de avaliação inicial no módulo informatizado, explorando a ciência envolvida em situações complexas para o aprofundamento dos itens pertencentes ao instrumento de avaliação inicial que subsidiam as competências interpessoais e de cooperação em grupo para o cuidado a ser ofertado, fechando assim, o conteúdo programático proposto. O conteúdo programático foi construído mediante os dados coletados e analisados do questionário intitulado Diagnóstico Situacional em SAE aplicado no HC I, atendendo, dessa forma, as demandas internas do INCA.

O método PBL, conhecido como Aprendizagem Baseada em Problemas, é definido por uma estratégia educacional e uma filosofia curricular, em que o corpo discente de forma

autodirigido, participa da construção do conhecimento, de maneira ativa e colaborativa, aprendendo de forma contextualizada, e assim se apropriando de um saber com significado pessoal (MAMEDE, 2001 *apud* DIAS, 2015).

Assim sendo, nas aulas práticas, foram abordados dois casos clínicos, que foram elaborados com base na experiência profissional da pesquisadora em oncologia e em literatura específica.

Um estudo de caso abordava uma adolescente, procedente do Hospital da Posse em Nova Iguaçu, acompanhada de seu irmão. Lúcida e orientada, hipocorada, emagrecida, taquidispneica, febril, em macronebulização contínua e saturação de oxigênio limítrofe 90%. Com queixas de dor em MID, EVA 6, em uso de Morfina SOS. Restrita ao leito, ferida exsudativa com presença de dreno, edema e esfacelo em joelho direito. Sem história progressiva da doença. Acesso venoso periférico em MSD, cateter vesical de demora.

O outro estudo de caso abordava um paciente adulto do sexo masculino com diagnóstico médico de Carcinoma Espinocelular (CEC) de trígono retromolar, proveniente de Resende acompanhado da irmã em ambulância externa para consulta na radiologia, apresentando durante o trajeto diminuição do nível de consciência e desconforto respiratório.

Os participantes foram divididos, por conveniência, em 11(onze) grupos, constituídos de 02 (dois) à 03(três) Enfermeiros os quais foram acompanhados por 03 (três) tutores que os orientaram e os ajudaram quando detectado limitações para compreensão e solução dos problemas apresentado, quanto aos dados levantados, discutidos e analisados, os quais deveriam ser preenchidos na Intranet.

Tutor consiste numa pessoa envolvida na gestão da informação, observando os problemas dos estudantes e o ajudando, prestando assistência de forma mais célere, eficaz e imediata. O tutor pode ser, ele próprio, ainda um estudante. Este fato tem a vantagem de propiciar um contato menos formal junto do aluno tutorado de forma que a mensagem transmitida pelo tutor seja mais rapidamente compreendida e assimilada (FERREIRA, 1986).

Segundo Botti e Rego (2008), nas literaturas americana e europeia, tutor designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente na chamada Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL ou ABP).

Assim sendo, atuaram como tutores nessa Oficina, além da pesquisadora, dois enfermeiros que faziam parte da amostra, por estarem familiarizados com o Instrumento de Avaliação Inicial, no módulo informatizado.

Durante o treinamento prático, após as discussões sobre o caso clínico e o devido preenchimento do Instrumento informatizado iniciou-se, uma grande discussão entre todos os grupos e uma salutar troca de conhecimento entre os discentes e os docentes com apresentação de sugestões para a utilização do referido instrumento, entregues a Divisão de enfermagem por meio de relatório.

4.4.2.2 Crítica ao planejamento

A crítica ao planejamento teve como foco os pontos críticos na programação realizada com enfoque no sistema aberto com problemas vinculados a tecnologia da organização e os reflexos das mudanças neste contexto, bem como os aspectos relacionados ao comportamento da força de trabalho com os respectivos reflexos das mudanças no comportamento destes profissionais.

Durante o desenvolvimento dessa fase, houve alguns imprevistos que impactaram no planejamento e de certa forma repercutiram no planejamento pleno da Oficina como a falta de agenda disponível no programa formal de treinamento - realizado mensalmente pela Educação Continuada da Divisão de Enfermagem do HC 1 - para a realização da Oficina de Capacitação, o que redundou numa negociação com a Divisão de Enfermagem, Educação Continuada, lideranças para a Oficina ser realizada em um outro momento da rotina da Divisão de Enfermagem/ Educação Continuada do HC I denominado tardes com ciência. Entretanto, devido a carga horária planejada de quatro horas, que dificultaria o término do turno da jornada de trabalho, esse momento foi transferido para o turno da manhã, passando a ser- excepcionalmente- manhã com ciência, tendo grande aceitação por parte dos participantes.

Outro impasse para a realização do curso foi a disponibilidade de auditórios para as datas previstas que comportasse o total do efetivo de enfermeiros, uma vez que a participação foi liberada para todos os enfermeiros do HC I, desde que inscrito previamente, havendo necessidades de vários ajustes para atender a maior demanda possível.

Por fim, como o foco da Oficina estava centrado no conteúdo prático de preenchimento

do instrumento informatizado outro elemento dificultador foi a oferta de computadores, em número suficiente, para a realização prática da avaliação inicial no módulo informatizado. A sala multimídia era composta por apenas 12 computadores, sendo que cada computador foi utilizado por dois (02) ou três (03) enfermeiros, de modo a atender a demanda de inscritos para cada dia do curso.

Projetadas medidas para a solução dos problemas identificados foi notificado pela Chefia da Divisão de Enfermagem do HC 1, por meio de E-mail Institucional, às lideranças dos setores envolvidos na pesquisa, os quais passaram a fazer parte do plano piloto, a obrigatoriedade do uso da Intranet para a realização da Avaliação Inicial de enfermagem a partir 1 de abril de 2019 e a retirada do formulário de Avaliação Inicial no módulo físico, de modo que todas as equipes de enfermagem tomassem conhecimento formal das iniciativas aprovadas seguindo a natureza do projeto desenvolvido.

4.4.3 Fase III – Implementação das mudanças que corresponde a etapa de implantação e controle dos resultados:

4.4.3.1 Implementação da mudança

Encerrada a fase do Estudo da solução dos problemas e processada as adequações finais, foi dado continuidade a etapa final da pesquisa com a implementação do registro da Avaliação Inicial do paciente oncológico no módulo informatizado a contar de primeiro de abril de 2019, como obrigatório, nos locais da pesquisa.

4.4.3.2 Controle dos resultados

Na etapa do controle de resultados foi dado o mesmo tratamento estatístico aplicado na fase de levantamento objetivando a comparação dos dados, configurando-se em um estudo antes e depois da solução do problema, sendo verificado se o plano adotado obteve o resultado esperado que se processou por meio dos indicadores de quantidade.

No desenvolvimento de todos esses processos optou-se pela não realização de relatórios parciais como sugerido por Cury (2017) e sim pela elaboração do relatório final considerando todo o contexto vivenciados nas três fases – diagnóstica, de planejamento, de implantação e

controle dos resultados, contendo todas as ações desenvolvidas e dificuldades encontradas, a descrição dos pontos importantes que conduziram à solução proposta, bem como os benefícios, que a pesquisa, trouxe tanto para a Instituição, quanto para o paciente oncológico, quanto para sua força de trabalho diante dos resultados encontrados.

Convém esclarecer, contudo, que esses momentos do processo de análise administrativo são interdependentes, podendo haver superposição das fases e que todas as fases que foram executadas nesta pesquisa seguiram na medida do possível, o cronograma recomendado por Cury (2017): FASE I – Levantamento, 180 dias e crítica, 90 dias. Total de 270 dias. FASE II- Planejamento da solução, 120 dias e crítica, 90 dias. Total de 210 dias (APÊNDICE D).

4.5 Análise dos Dados

A presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: Quanto à aplicação da técnica do questionário, e, quanto ao estudo antes e depois da aplicação da capacitação dos enfermeiros.

4.5.1 Quanto à aplicação da técnica do questionário

Os dados coletados do questionário aplicado foram organizados e armazenados num banco de dados construído numa planilha Microsoft Excel[®] 2007 e transportados para o software R[®] versão 3.4.4 para análise dos mesmos.

A análise desses dados, foi processada por estatística descritiva, utilizando-se de tabelas e figuras de distribuição de frequência, absoluta e relativa, das respostas relacionadas as variáveis estudadas e de medidas de tendência central, média e mediana, bem como a disposição da amplitude.

4.5.2 Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Capacitação dos Enfermeiros

Foram utilizados para o levantamento das avaliações iniciais, dados secundários coletados, no Sistema Absolute, módulo de admissão e alta, e na intranet, módulo avaliação inicial do enfermeiro, do HC 1, local da pesquisa.

Neste seguimento, foi dado o mesmo tratamento estatístico, distribuição absoluta e relativa das respostas, aplicado na fase de levantamento, objetivando a comparação dos dados, onde foi verificado se o plano adotado obteve o resultado esperado que se processou por meio

dos indicadores de quantidade. A meta inicial foi de alcançar o índice de 70% de registros de avaliação inicial, no módulo informatizado, realizados pelos Enfermeiros do local da pesquisa.

4.6 Considerações Éticas

O projeto foi submetido a Plataforma Brasil e encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIRIO e ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante, em respeito a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos em sua dignidade e autonomia e incorpora sobre a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: Autonomia; Não maleficência; Beneficência e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (INCA, 2008).

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO (CEP-UNIRIO), através de parecer consubstanciado número 2.793.660 em 01 de agosto de 2018 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do INCA(CEP-INCA), através de parecer consubstanciado número 2.871.429 em 04 de setembro de 2018 (ANEXO C).

Os participantes do estudo receberam um convite para participarem da pesquisa de forma livre, sendo informado sobre os aspectos éticos da pesquisa.

O TCLE foi apresentado e explicado aos participantes da pesquisa antes da aplicação do instrumento de coleta de dados, solicitando sua concordância e assinatura. Foi oferecido ao participante o direito de não participar deste estudo, sem que isso interferisse na sua vida profissional e garantido o sigilo e a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa se assim o desejar.

A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes uma vez que estes forneceram informações sobre atividades desenvolvidas em sua jornada diária de trabalho, de certa forma, expondo-se, embora tenha sido garantido a todos o absoluto sigilo das informações. Os benefícios foram oriundos dos conhecimentos produzidos e que foram divulgados posteriormente, sendo importante para os profissionais de enfermagem que terão acesso à avaliação das condições de implantação e implementação da SAE/PE/avaliação inicial, avanços e dificuldades das Unidades de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico, da Seção

Abdominopélvica e do Serviço de Oncologia Pediátrica da Instituição campo desta pesquisa, para a implementação da Avaliação inicial do enfermeiro no módulo informatizado em todas as Unidades assistenciais do HC 1.

Os resultados deste estudo, podem subsidiar os profissionais que estejam interessados no assunto, para fins de pesquisa, bem como a Diretoria da Divisão de Enfermagem para elaboração do plano de melhoria dos processos assistenciais, gerenciais, de ensino e aos enfermeiros da educação continuada que assessoram a Divisão de Enfermagem promovendo ações educativas-treinamento, atualização e capacitação das equipes de enfermagem.

4.7 Financiamento da Pesquisa

Esta pesquisa contou com financiamento do edital CAPES/COFEN, não acarretando nenhuma despesa ao participante, que também não recebeu nenhuma remuneração pela sua participação. Não houve nenhum custo para a Instituição campo de pesquisa. As despesas foram detalhadas em uma planilha orçamentária (APÊNDICE VI).

5 RESULTADOS

5.1 Quanto a aplicação da técnica do questionário

A aplicação do questionário se deu nos meses de setembro e outubro, de modo a abarcar maior número de profissionais possíveis, sendo excluído apenas um enfermeiro que se encontrava de Licença médica prolongada.

Do total de questionários distribuídos, n=54, todos retornaram respondidos, portanto, a participação destes enfermeiros representou um aceite de 100%.

O estudo se utilizou do questionário intitulado “Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem” aplicado à amostra desta pesquisa, foi constituído de 4 partes e 8 domínios. No intuito de facilitar a leitura, os elementos do questionário são aqui apresentados juntamente com os resultados obtidos.

A Parte 1 do questionário continha questões relacionadas à caracterização dos participantes pesquisa.

A Parte 2 composta por 5 domínios – Domínio 1,2,3,4, e 5 - abordou à percepção sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores. Teve como objetivo analisar a percepção de cada respondente sobre SAE/ PE, para a geração do produto desta pesquisa que se delineia sob a forma de uma tecnologia educacional, a qual visa sensibilizar os enfermeiros através da capacitação e do aprendizado sobre SAE e o PE, com a utilização do instrumento informatizado de Avaliação Inicial ao paciente oncológico.

A parte 3 deste questionário composta por 2 domínios – domínios 6 e 7- versou sobre a percepção individual em relação a situação da SAE e PE na unidade de trabalho dos respondentes. Teve como objetivo identificar se a SAE e o PE, estão implementados na sua totalidade nos setores, local da pesquisa, bem como, analisar como esses processos de trabalho se desenvolvem a nível individual e coletivo, mantendo o foco de elaboração de um plano de sensibilização e de capacitação dos enfermeiros para o desenvolvimento da SAE na jornada diária do enfermeiro na Instituição.

A parte 4 deste questionário, versou sobre à percepção individual em relação à avaliação inicial. Essa parte foi acrescida pela pesquisadora para atender ao foco deste estudo que é a primeira fase do Processo de enfermagem, Avaliação Inicial ao paciente oncológico. Composta por apenas 1 domínio – domínio 8 - teve como objetivo analisar a percepção de cada respondente especificamente sobre Avaliação Inicial, no qual, assim como nos domínios anteriores, visou a geração do produto sob a forma de uma tecnologia educacional, para atender ao objetivo geral deste estudo que é capacitar os enfermeiros responsáveis pelo registro da avaliação inicial de enfermagem ao paciente oncológicos no módulo informatizado do INCA.

Na estruturação desse questionário, elaborado e validado por Ribeiro (2015), utilizou-se uma escala tipo Likert, onde, segundo a referida autora, o respondente avalia as afirmativas que expressam um ponto de vista sobre o assunto e assinalam uma opção numa escala de valores, conforme seu grau de concordância com as assertivas apresentadas.

Assim sendo, o referido questionário foi desenvolvido de maneira que quanto maior for o grau de concordância do respondente com a assertiva apresentada, maior é o entendimento sobre SAE, PE e Avaliação Inicial de enfermagem.

5.1.1 Caracterização dos Participantes

Os participantes tinham em média 39 anos, variando entre 26 e 62 anos, com desvio padrão de 8.28. Sendo que a maioria dos participantes se encontravam na faixa etária entre 31 e 50 anos de idade.

No que se refere ao tempo de formação acadêmica, a maioria dos participantes tinham mais de 10 anos de formado. A mediana foi de 12 anos, com variações entre 4 e 35 anos.

Em relação ao tempo de efetivo serviço no INCA, observou-se que a mediana foi de 7 anos, variando de 1 a 35 anos com desvio padrão de 7.41.

A tabela 1, refere-se ao sexo, escolaridade e vínculo empregatício.

Tabela 1- Distribuição por frequência relacionada às características dos enfermeiros do INCA, participantes da Pesquisa (n=54) relacionada ao sexo, escolaridade e vínculo empregatício. Rio de Janeiro-RJ, 2018.

		MS	NERJ/MS	TOTAL
SEXO	MASCULINO	5	1	6
	FEMININO	39	9	48
TOTAL		44	10	54
ESCOLARIDADE	GRADUAÇÃO	1	0	1
	PÓS-GRADUAÇÃO	43	10	44
TOTAL		44	10	54

FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Ainda relacionado a caracterização dos participantes, a maioria (n=48) era do sexo feminino. Dos 54 (100%) dos participantes, 44 (81%) tinham o MS como vínculo empregatício e 53(98%) possuía em sua formação acadêmica curso de Pós-Graduação.

As figuras 1; 2; 3; 4 ;5 e 8, apresentam na forma de gráficos os resultados dos dados coletado nos domínios abaixo especificados.

Os gráficos estão na formatação de barras, em cores diversificadas, que determinam o grau de concordância ou não com o enunciado das questões, a saber: a cor Verde Escura refere-se ao “Concordo Totalmente” a cor Verde Clara, refere-se ao Concordo Parcialmente, ambas localizadas à esquerda do gráfico. Já a cor Marrom Escura refere-se ao “Discordo Totalmente”, o Marrom Claro ao “Discordo Parcialmente”. A cor Off White, refere-se ao “Estou em Dúvida”. Todas as três cores, encontram-se localizadas à direita do gráfico.

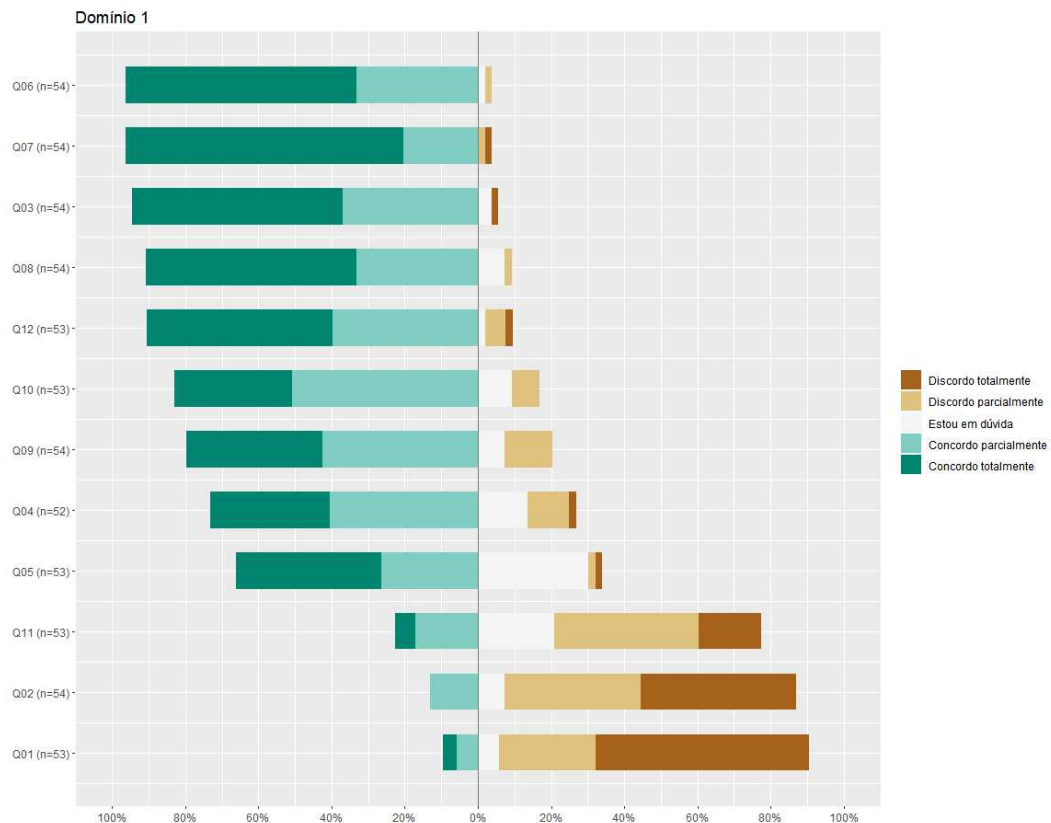
Outro aspecto a ser observado é o eixo vertical do gráfico, que contém a numeração das questões e o “n” de cada resposta. Considerando o total de participantes da pesquisa (n=54), qualquer resultado fora desse valor significa respostas deixadas em branco.

O eixo horizontal apresenta os resultados em valores percentuais.

O mesmo ocorre com as figuras 6 e 7. O que muda são as afirmativas que determinam o grau de concordância, a saber: a cor Verde Escura refere-se ao “ Sempre”, a cor Verde Clara, refere-se ao “Muitas Vezes”. Já a cor Marrom Escura refere-se ao “Nunca”, o Marrom Claro ao “Raramente”. A cor Off White, refere-se à “Algumas Vezes.

5.1.2 Domínio 1- Percepção sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e o Processo de Enfermagem

Figura 1- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relacionada ao domínio 1- Sua percepção sobre a sistematização da assistência de enfermagem, processo de enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Conforme a Tabela 5, as respostas do Domínio 1, evidenciaram áreas de desconhecimentos sobre SAE e o PE, apesar das afirmativas de conhecimento sobre essas terminologias terem obtidos os maiores percentuais de resultados, abaixo especificadas, que devem ser observados durante a discussão e análise destes dados.

Na Questão 1, relacionada a afirmativa “Não sei o que é SAE e o PE”, 57% dos respondentes discordaram totalmente, e 25.29% apenas discordaram, totalizando 83.35%, o que significa que a maioria dos enfermeiros que compõem a amostra e que responderam ao questionário, tem conhecimento sobre o conceito de SAE e do PE.

Quanto a Questão 2 “Tenho dificuldades para entender o que é SAE e PE, 42.59% discordaram totalmente e 37.03%, apenas discordaram, totalizando 79.62% das afirmativas, mantendo congruência com as respostas da questão anterior.

O mesmo resultado se deu com a Questão 3 “A SAE auxilia o planejamento e organização da assistência de enfermagem” onde 57.41% dos respondentes concordaram totalmente e 37.04% apenas concordaram, totalizando em 94.45% o nível de concordância.

Em relação a Questão 4 “a SAE é um instrumento mais amplo que o PE, o maior percentual de respostas foi de 38,89% para a opção 4 “ concordo”, seguido da opção 5 “concordo totalmente” com 31.48%, totalizando 70.37%, chamando a atenção para a opção 3 “estou em dúvida” que obteve 12.97% de respostas.

Relacionado a Questão 5 “O registro das fases do PE é exigência legal” 38.89% dos respondentes concordaram totalmente, 25.93% apenas concordaram, totalizando o nível de concordância em 64.83%, entretanto, é interessante ressaltar que 29.63% dos respondentes assinalaram o item 3 “estou em dúvida” estando em desalinho com as respostas da questão 1 e da questão 2 onde afirmaram ter conhecimento sobre SAE e o PE.

Ainda relacionado ao PE, na Questão 6, o nível de concordância dos participantes atingiu 96.3%, sendo que 62.96% dos respondentes concordaram e apenas 33.34% concordaram totalmente que o “ PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem”.

Na Questão7, 96.3%, dos respondentes concordaram com o enunciado “O diagnóstico e a prescrição de enfermagem cabem privativamente ao enfermeiro, sendo que 75.93% das

respostas foram assinaladas na opção 5 “concordo totalmente” e 20.37% na opção 4” concordo”.

Em relação a Questão 9 “Um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem com ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações” 42.59% dos respondentes concordaram, 37.04% apenas concordaram, entretanto, chama a atenção que 12.96% dos respondentes, que discordaram dessa afirmativa.

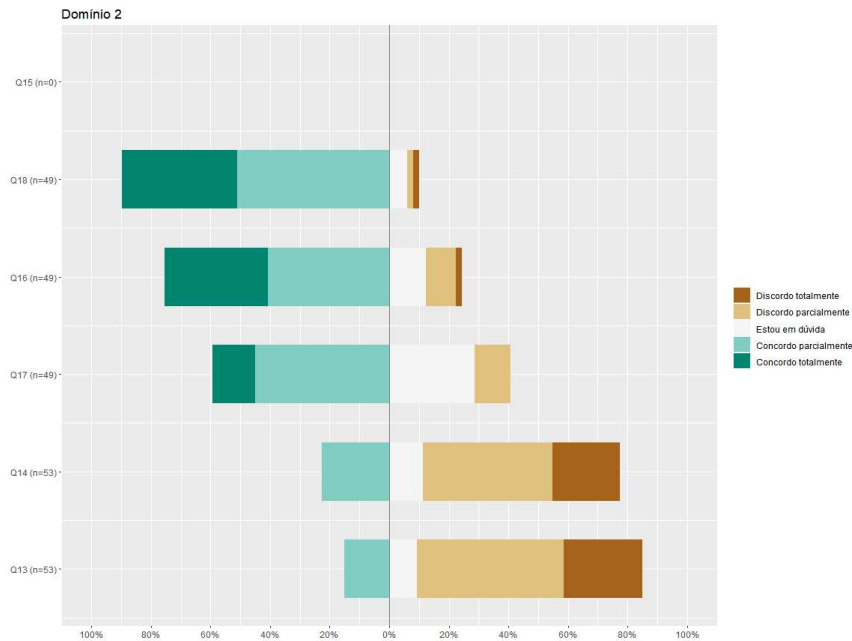
O mesmo aconteceu com a Questão 10, onde 50% dos respondentes concordaram que o “PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada” e 07.41% discordaram.

Vale ressaltar a Questão 11 “A consulta de enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que o PE”, onde o maior percentual de resposta correspondeu a 38.89% discordaram e 16.67% discordaram totalmente, além dos 20.38% dos respondentes que assinalaram a opção 3 “estou em dúvida”.

Quanto a Questão 12, 50% dos respondentes concordaram totalmente, e 38.90% concordaram com a afirmativa do enunciado “ Os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE, apesar de 05.55% discordarem e de 1.85% encontrarem -se em dúvida.

5.1.2 Domínio 2- Percepção sobre Capacitação/SAE/PE

Figura 2- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 2- Sua percepção sobre capacitação sobre SAE/PE. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

De acordo com a Figura 2, as respostas do Domínio 2, evidenciaram fragmentações nos resultados, uma vez que não houve nenhuma resposta acima de 50% assinalada bem como o aumento de respostas “estou em dúvida” e “nenhuma alternativa” em maior ou menor proporção em todas as questões deste domínio, conforme detalhamento das questões abaixo.

Em relação a afirmativa da Questão 13 “A formação acadêmica ensina de modo satisfatório sobre SAE e PE” as respostas de maior impacto foram a opção 2 “discordo” com 48.15% de respostas e a opção 1 “discordo totalmente”, com 25.92% de respostas.

O mesmo resultado se deu na Questão 14 “A formação acadêmica prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária”, onde 42.60% dos respondentes discordaram (opção 2), e 22.22% discordaram totalmente (opção 1), entretanto chama a atenção os 22% de respondentes que assinalaram a opção 4 concordando com a afirmativa da questão mantendo percentual semelhante aos que assinalaram a opção 1.

As respostas da questão 15 “Os cursos técnicos e auxiliares contemplam a SAE e o PE durante a formação profissional” foram zeradas porque esta questão estava direcionada para o

técnico e auxiliar de enfermagem e a amostra desta pesquisa foi constituída apenas por enfermeiros, de modo a atender o objetivo deste estudo.

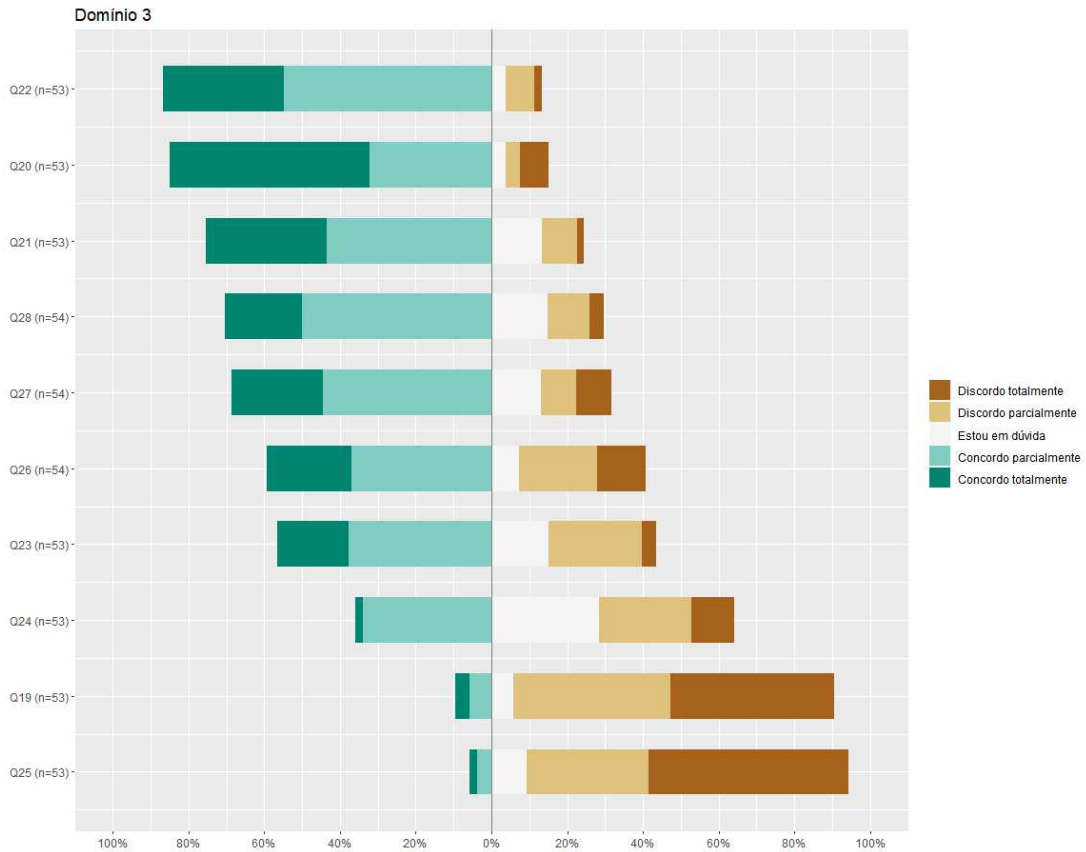
Embora 37.04% dos respondentes concordaram e 31.48% concordaram totalmente com o enunciado da Questão 16 “A educação permanente facilita a implantação da SAE”, 11.11% permaneceram em dúvida e 09.26% não assinalaram nenhuma opção.

Quanto a Questão 17 “Tenho conhecimento para realizar a parte que me cabe como profissional na efetivação da SAE/PE”, apesar de 40.74% dos respondentes terem assinalado a opção 4 “concordo”, apenas 12.96% concordaram totalmente (opção 5) e 25.93% ficaram em dúvida (opção 3) além dos 09.28% que não assinalaram nenhuma alternativa.

Quando questionados sobre “Preciso de capacitação para implantar a SAE e realizar o PE na prática”, Questão 18, 46.30% concordaram e 35.19% concordaram totalmente com o enunciado da questão.

5.1.4 Domínio 3- Percepção sobre as Dificuldades na Implementação da SAE e realização do PE na sua unidade

Figura 3- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 3- Sua percepção sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Na Figura 3, relacionada ao Domínio 3, a maioria dos respondentes afirmaram que existem dificuldades para a implantação da SAE e realização do PE na unidade em que trabalham, e responderam positivamente aos elementos dificultadores apresentados nos enunciados da maioria das questões contidas neste domínio, conforme detalhamento a seguir.

No tocante as questões desse domínio, a Questão 19 “Não acho que exista dificuldades para a implementação da SAE/PE”, a maioria das respostas assinaladas corresponderam a 42.60% relacionada à opção 1 “discordo totalmente” seguida de 40.75% relacionada à opção 2 “discordo”, observando-se, portanto, a existência de dificuldades para a implementação da SAE e a realização do PE na unidade em que trabalham.

Relacionado a Questão 20 “A pressão da demanda, com excesso de pacientes, é um dificultador para a realização do PE, a maior parte dos respondentes que correspondeu a 51.85%, concordaram totalmente e 31.48% concordaram.

Quanto a Questão 21, 42.60% das respostas concordaram e 31.48% concordaram totalmente que “Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição, acrescido de 12.96% que ficaram em dúvidas.

Ainda relacionado as dificuldades de implementação da SAE e do PE na sua unidade, 53.70% dos respondentes “concordaram” (opção 4) e 31.48% “concordaram totalmente” (opção 5) que “As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE” (Questão 22); além disto, 37.03% dos respondentes também “concordaram” (opção 4) e 18,52% “concordam totalmente” (opção 5) que “Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para enfermeiros (questão 23). Vale salientar que nesta questão houveram 24.07% dos respondentes que “discordaram” (opção 2) com essa afirmativa, além de 14.82% que ficaram em dúvida.

Chama a atenção a ausência de consenso das respostas relacionada a Questão 24 “Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar” onde 33.34% dos enfermeiros responderam a opção 4 “concordo”, 27.78% a opção 3 “estou em dúvida”, e 24.07% a opção 2 “discordo”.

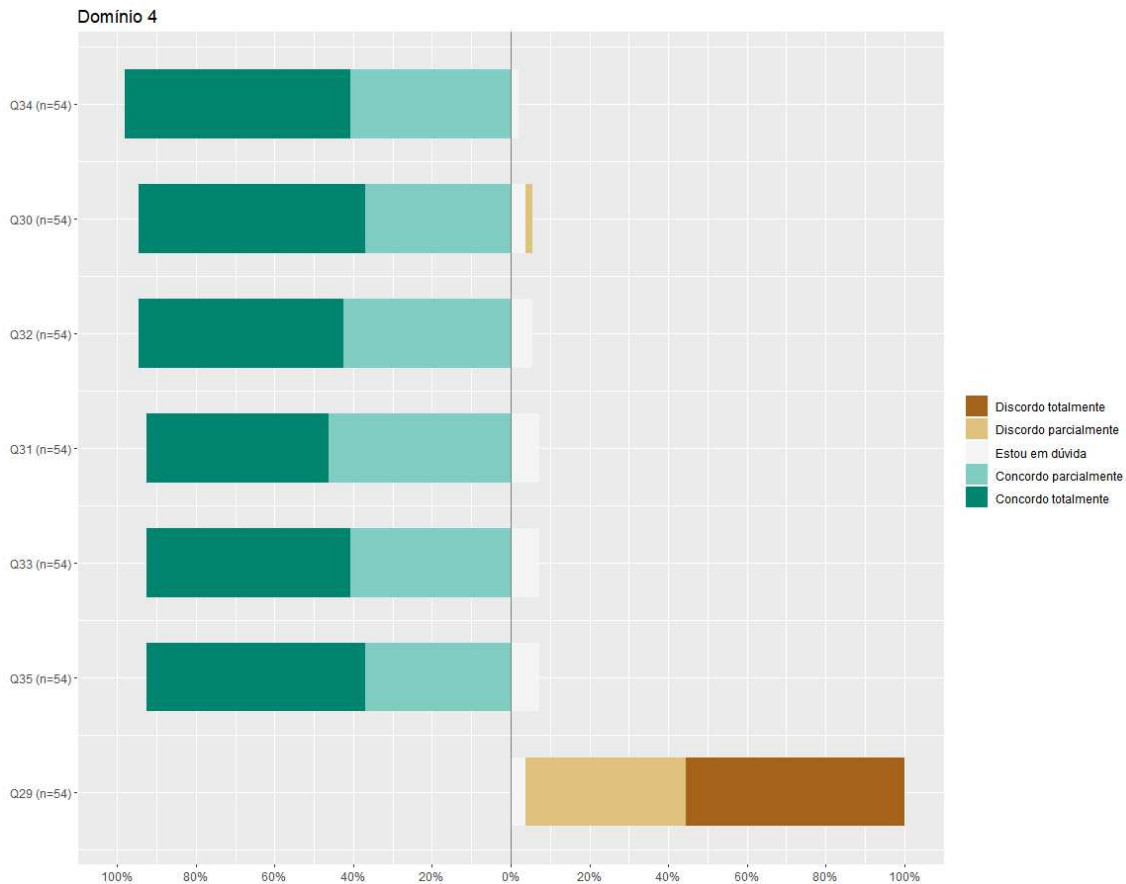
A maioria dos respondentes que correspondeu a 51.85% das respostas assinaladas discordaram totalmente com o enunciado da Questão 25 “A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica”.

Quanto a valorização da consulta de enfermagem na Questão 26 “Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico”, 37.04% das respostas assinalaram a opção 4 “concordo”, 22.22% a opção 4 “concordo totalmente”, entretanto 20.37% assinalaram a opção 2 “discordo”. Ainda sobre a consulta de enfermagem, na Questão 27 “a População não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento médico” 44.45% dos respondentes concordaram e 24.07% concordaram totalmente com o enunciado da questão.

Em relação a Questão 28 “A instituição não oferece estrutura adequada para a realização as SAE/PE, 50% dos respondentes concordaram e 14.81% estão em dúvida.

5.1.5 Domínio 4 - Percepção sobre os Benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer

Figura 4- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 4- Sua percepção sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Os resultados do Domínio 4, apresentados na Figura 4, evidenciaram respostas positivas aos enunciados, acima de 50%, em quase todas as questões respondidas, assinalando que os elementos contidos nas afirmativas do questionário podem trazer benefícios para o paciente, para o enfermeiro e para Instituição, conforme detalhamento dessas questões no seguimento abaixo apresentados.

Questão 29 “Não acredito que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente, 55.56% responderam a opção 1 “discordo totalmente” e 40.74% responderam a opção 2 “ discordo”.

Na questão 30 “A utilização do PE melhora a qualidade da consulta de enfermagem”, 57.41% dos enfermeiros responderam a opção 5” concordo totalmente” e 37.04% a opção 4 “concordo”.

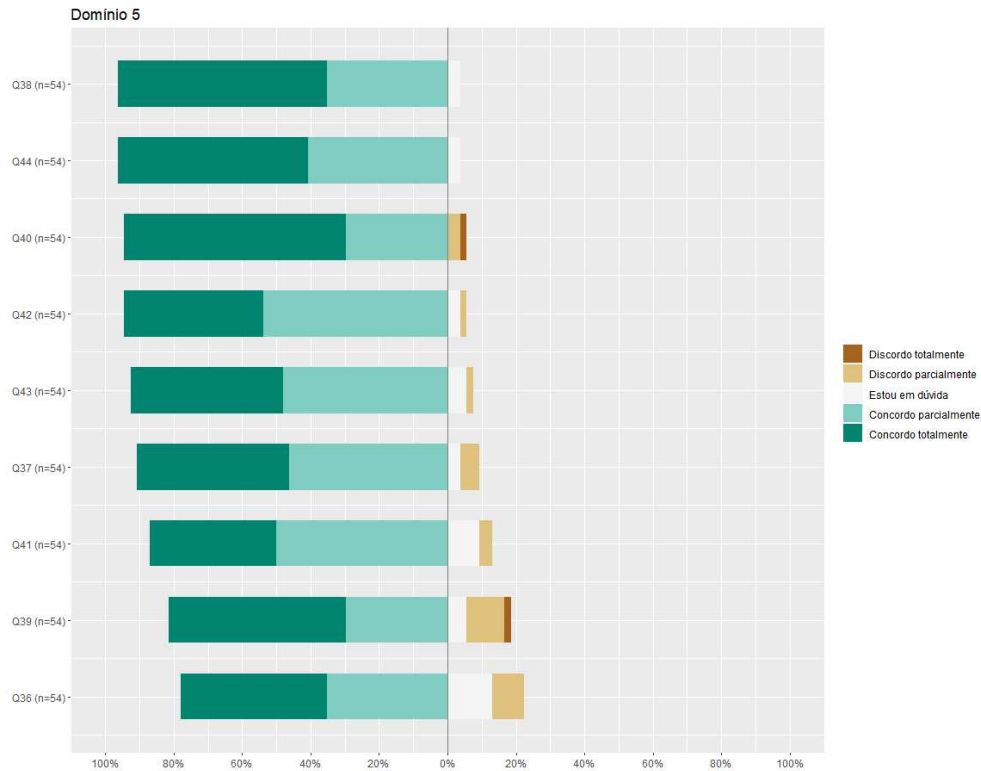
Quanto a questão 31 “A implementação da nomenclatura padronizada na consulta de enfermagem favorece a documentação do trabalho do enfermeiro” 46,30% das respostas foram assinaladas na opção 4 “concordo” mantendo o mesmo percentual de 46.30% na opção 5 “concordo totalmente”.

Questão 32 “A execução do PE favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros”, 51.85% das respostas foram assinaladas na opção 5 “concordo totalmente”.

As Questões 33” A realização da SAE/PE aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho”; 34 “A SAE e o PE podem trazer benefício para o paciente através da individualização do cuidado”; 35 “A SAE pode trazer benefícios para a equipe através da organização do processo de trabalho” obtiveram respectivamente, 51.85%; 57.41% e 55.56% como resultado das respostas assinaladas na opção 5 “concordo totalmente”.

5.1.6 Domínio 5- Percepção sobre o que poderia Facilitar a Implementação da SAE e realização do PE na sua unidade

Figura 5- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 5- Sua percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Em relação ao domínio 5, figura 5, para os respondentes, diante das respostas assinaladas os elementos contidos nas questões nesse domínio podem facilitar a implementação da SAE com a operacionalização do PE, no INCA, conforme detalhamento abaixo descrito.

Em relação ao enunciado da questão 36 “A existência de prontuário eletrônico facilita a implementação do PE”, 42.59% dos enfermeiros responderam a opção 5 “concordo totalmente”; 12.96% assinalaram a opção 3 “estou em dúvida” e 09.26% assinalaram a opção 2 “discordo” desta afirmativa.

Relacionado a Questão 37 “A elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrição de enfermagem facilita a aplicação do PE, 46.30% dos respondentes concordaram e 44.45% concordaram totalmente com essa afirmativa.

No tocante a questão 38 “Oferecer capacitação sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação”, 61.11% assinalaram a opção 5 “concordo totalmente” e 35.19% assinalaram a opção 4 “concordo”, totalizando 96.3% das afirmativas positivas.

Na Questão 39 “A instituição oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e do PE”, 51.85% concordam totalmente (opção 5), 29.63% concordam (opção 4), entretanto, 11.11% discordaram (opção 2).

Questão 40 “garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde facilita a implementação da SAE” 64.81% dos respondentes assinalaram a opção 5 “concordo totalmente” e 29.63% a opção 4 “concordo”.

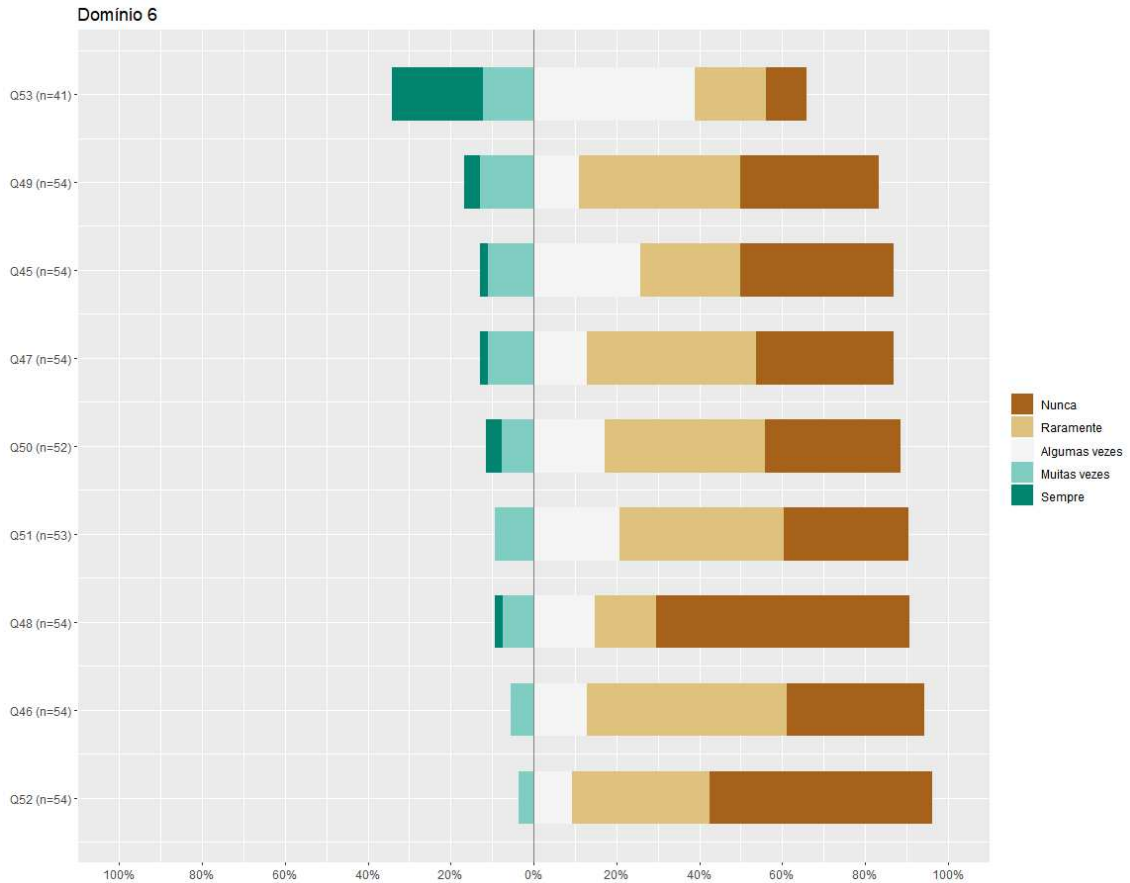
No tocante a Questão 41 “, facilita a implementação da SAE/PE”, 50% concordaram e 37.04% concordaram totalmente.

Quanto as questões 42 “A adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação da SAE” e 43 “A adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE” respectivamente, 53.70% e 48.15% dos respondentes assinalara a opção 4 “concordo”.

Em relação a questão 44 “Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação” 55.56% concordaram totalmente e 40.74% concordaram com o enunciado da questão, não havendo nenhuma discordância.

5.1.7 Domínio 6- Percepção sobre o que ocorre na sua unidade

Figura 6- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 6- Sua percepção sobre o que ocorre na sua unidade. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

No tocante a Figura 6, relacionada ao Domínio 6, a maioria das repostas foram concentradas nas afirmativas “nunca” e “raramente” aos enunciados das questões, chamando a atenção para as opções “algumas vezes” assinaladas, assim sendo, observou-se que o PE, não está sendo aplicado em sua totalidade na unidade de atuação dos participantes da pesquisa, conforme detalhamento das questões abaixo relacionadas.

Quando questionados sobre a afirmativa da Questão 45 “É realizado a consulta de enfermagem, utilizando o PE”, 37.04% dos respondentes assinalaram o item 1 “nunca”, acompanhado dos 24.07% que assinalaram a opção 2 “raramente”. Chama a atenção ao 25.93% que assinalaram a opção 3 “algumas vezes”.

Quanto a Questão 46 “A SAE é utilizada para todas as ações de enfermagem”, 48.15% das repostas foram assinaladas na opção 2 “raramente”, 33.33% na opção 1 “nunca” e apenas 12.96% na opção 3 “algumas vezes”.

Em relação a Questão 47 “Os enfermeiros registram o PE no prontuário do paciente de forma completa”, 40.74% dos enfermeiros responderam a opção 2 “raramente”, 33.34% a opção 1 “nunca” e 11,11% a opção 4 “muitas vezes”.

Na Questão 48 “A equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro”, 61.11% dos respondentes assinalaram que nunca, 07.40% assinalaram que muitas vezes.

Relacionado a Questão 49 “A equipe de enfermagem da unidade participa da realização do PE”, 38.89% dos respondentes assinaram que raramente, 33.34% que nunca. Chama a atenção 03.70% das respostas que foram assinaladas na opção 5 “sempre”.

Quanto a Questão 50 “O PE é realizado de acordo com as normas do COFEN”, a maioria dos respondentes assinalaram as opções 1 “nunca” e 2 “raramente” respectivamente com 37.48% e 37.03% das respostas. Chama a atenção 03.71% das respostas que foram assinaladas na opção 5 “sempre”.

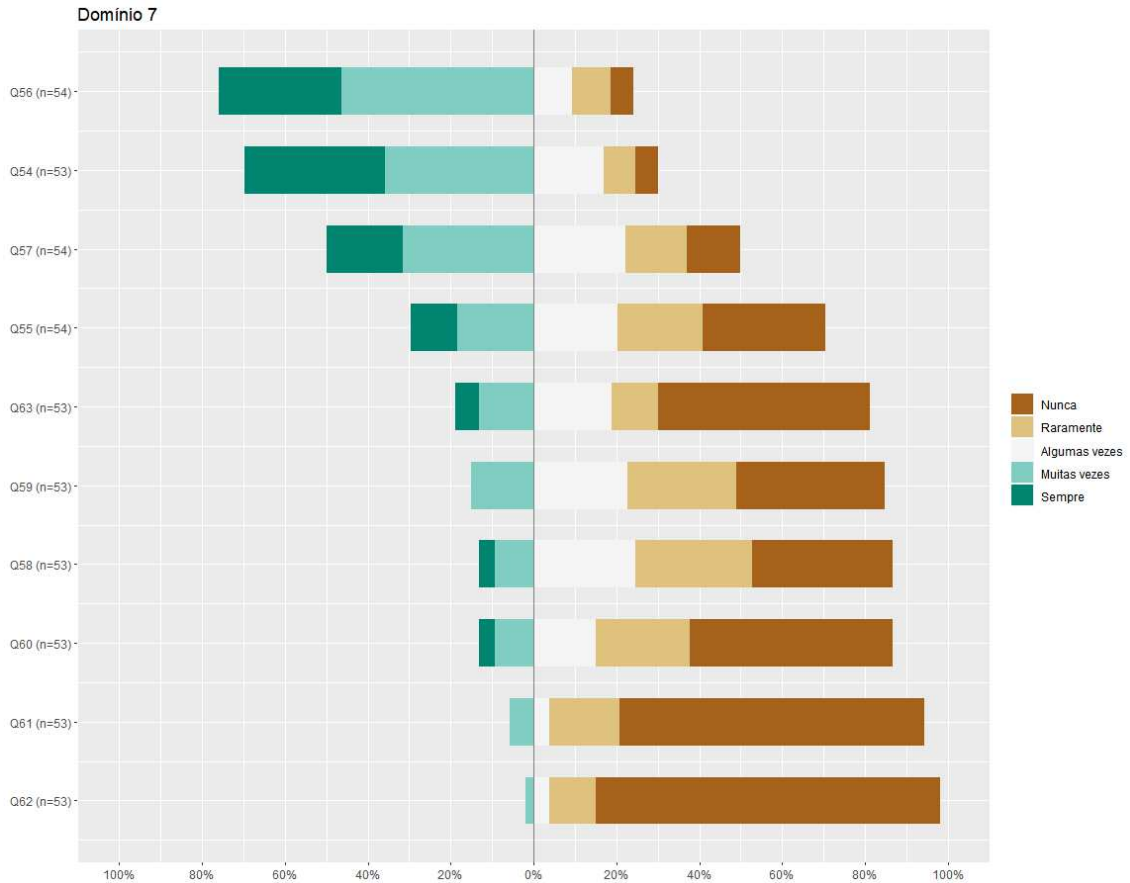
No tocante a Questão 51 “O enfermeiro tem apoio institucional para realizar a SAE/PE”, 38.89% das respostas foram na opção 2 “raramente” e 29.63% na opção 1 “nunca”.

Chama a atenção os resultados da Questão 52 “A unidade possui número de enfermeiros suficientes para realização da SAE/PE”, onde 53.71% dos respondentes assinalaram a opção 1 “nunca” e 33.33% a opção 2 “raramente”.

Questão 53 “Nas situações do órgão de classe (COREN) tem sido encontrada irregularidades na execução da SAE e PE na unidade que trabalho”, 29.63% dos respondentes assinalaram a opção 3 “algumas vezes” e 24.07% não assinalaram nenhuma alternativa.

5.1.8 Domínio 7- Percepção quanto a sua Atuação Profissional Individual em relação ao PE

Figura 7- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 7- Sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Os resultados do Domínio 7, evidenciados na Tabela 11, apontam que o PE quando realizado no INCA/HC 1 não contempla todas as fases que o PE requer e que não há uma taxonomia diagnóstica padrão na Instituição, conforme descrições das respostas assinaladas nas questões deste domínio abaixo especificadas.

A maioria dos respondentes afirmaram realizar coleta de dados, em conformidade com o enunciado da Questão 54 “Realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem”, obtendo-se 35.19% das repostas na opção 4 “muitas vezes” e 33.33% na opção 5 “sempre”.

Quanto a Questão 55 “Sigo as prescrições de enfermagem e checo as ações realizadas”, 29.63% dos respondentes assinalaram que nunca, 20.37% assinalaram respectivamente as opções 2 “raramente” e 3 “algumas vezes”. Todavia a maioria dos respondentes apontaram

realizar a avaliação do cuidado prestado, conforme os resultados da Questão 56 “Avalio o cuidado prestado”, no qual, as respostas mais assinaladas foram da opção 4 “muitas vezes” com 46.30% e a opção 5 “sempre” com 29.63%.

Em relação aos registros de enfermagem, na Questão 57 “Registro no prontuário do paciente todas as etapas que executo”, as respostas foram bem fragmentadas, perpassando por todas as opções, entretanto a que obteve maior percentual foi a opção 4 “muitas vezes com 31.48% de respostas assinaladas.

Corroborando como resultado da questão 55, a Questão 58 “Prescrevo os cuidados para todos os pacientes”, apesar da ausência de consenso nas respostas, a opção 1 “nunca” foi a que obteve maior percentual, com 33.33% de respostas assinaladas.

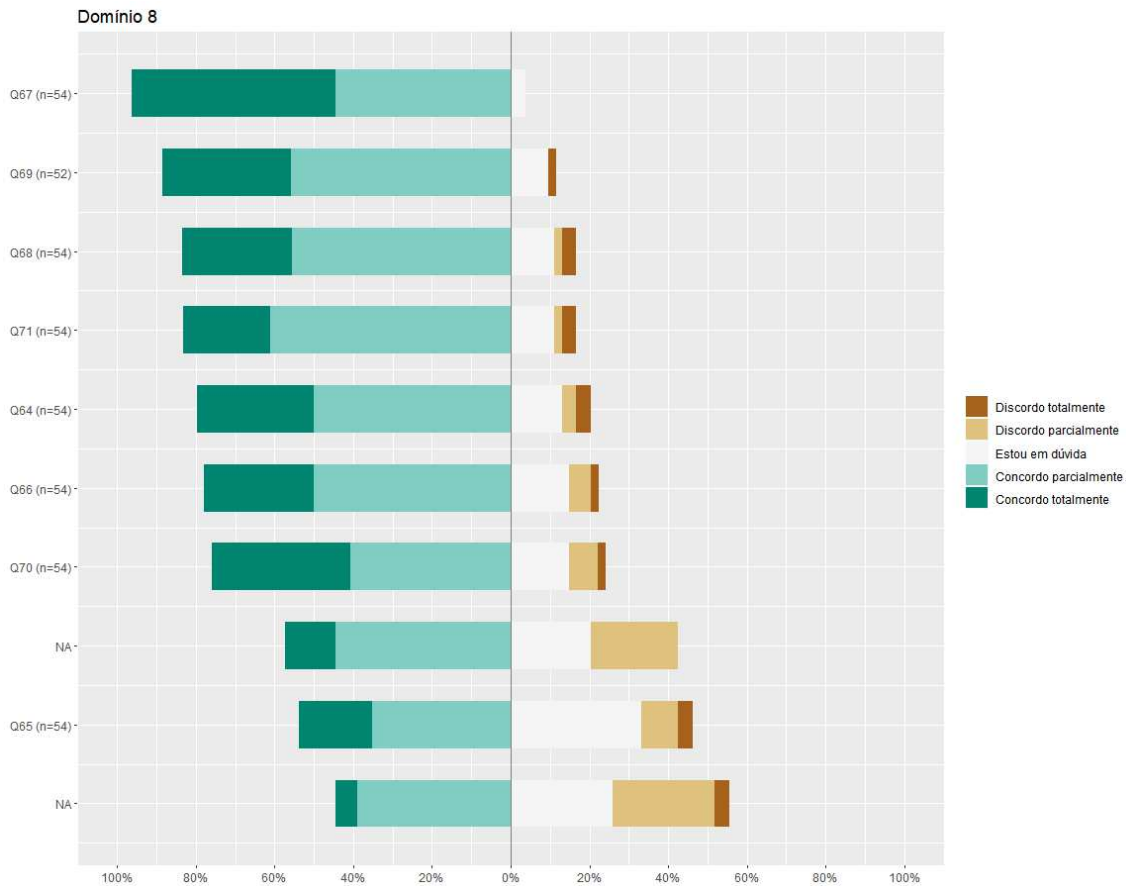
A Questão 59 “Faço diagnóstico de enfermagem”, foi outra questão que apresentou fragmentação nas respostas, sendo a opção 1 “nunca” a que obteve maior percentual de respostas, com 35.18%.

Quanto as Questões 60 “Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura NANDA”, 61 “Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura CIPE” e 62 “Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura CIPESC” as respostas mais assinaladas foram na opção 1 “nunca” com respectivamente, 48.15%, 72.22% e 81.48% dos enfermeiros responderam que nunca.

Na Questão 63 “Utilizo nomenclatura não padronizada para elaboração de diagnósticos de enfermagem”, 50% dos respondentes assinalaram que nunca e 18.52% que algumas vezes.

5.1.9 Domínio 8- Percepção sobre Avaliação Inicial

Figura 8- Distribuição por frequência das repostas dos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa, relativa ao domínio 8- Sua percepção sobre avaliação inicial. Rio de Janeiro-RJ, 2018.



FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Os resultados da Figura 8, relacionados ao Domínio 8, apontaram que embora a maioria dos respondentes terem concordado com as afirmativas dos enunciados das questões contidas neste domínio, existe algum nível de conflito entre a teoria e a prática do dia-a-dia do enfermeiro, relacionado ao conhecimento de conceitos e habilidades técnicas para a realização da coleta de dados inicial, conforme descrições das questões no seguimento a seguir.

Em relação a questão 64 “A avaliação Inicial é a fase mais importante do PE” 50% das expostas foram assinaladas na opção 4 “concordo” e 29.64% na opção 5 “concordo totalmente”, perfazendo um total de 79.64% de concordância com a afirmativa do enunciado.

Quanto a Questão 65 “Há equivalência dos termos, conforme o autor, entre Avaliação Inicial, Investigação, Histórico de Enfermagem, Coleta de Dados e outros” as opções que

obtiveram maiores percentuais de respostas foram a opção 4 “concordo” com 35.19% de respostas assinaladas seguida da opção 3 “estou em dúvida” com 33.34%.

Relacionado a Questão 66 “O instrumento de Avaliação Inicial deve ser construído a partir de um referencial teórico”, a maioria dos respondentes concordaram com 50% de respostas assinaladas, entretanto, 14.81% responderam estar em dúvida.

No tocante a Questão 67 “A Avaliação Inicial envolve uma coleta de informações subjetivas e objetivas do paciente, além de uma análise das informações da história do paciente no seu prontuário”, 51.85% dos respondentes concordaram totalmente e 44.44% concordaram com a afirmativa da questão.

A Questão 68 “A Coleta de Dados durante a Avaliação Inicial é composta por múltiplas etapas, com a meta de diagnosticar e priorizar esses diagnósticos” obteve 55.56% de respostas na opção 4 “concordo” e 27.78% na opção 5 “concordo totalmente” com a afirmativa do enunciado.

Ainda relativo a coleta de dados, na Questão 69 “A Coleta de Dados e o julgamento clínico são utilizados para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde”, 53.70% dos respondentes concordaram e 31.49% concordaram totalmente com o enunciado da questão.

Quanto a Questão 70 “O impresso de Avaliação Inicial do Enfermeiro no módulo informatizado facilita a aplicação do PE”, 40.74% dos enfermeiros concordaram, 35.19% concordaram totalmente e 14.81% responderam estarem em dúvida.

Em relação a Questão 71 “O Procedimento Operacional Padrão (POP) de Avaliação Inicial serve como fonte de consulta para esclarecimento de dúvidas e facilita a aplicação do PE/Avaliação Inicial”, 61.11% dos respondentes concordaram e 22.22% concordaram totalmente.

Quanto as Questões 72 “Os enfermeiros realizam a avaliação de enfermagem com acurácia”, e 73 “Realizo a Avaliação Inicial de enfermagem com aprofundamento dos dados para subsidiar a etapa dos diagnósticos de enfermagem”, as opções mais assinaladas com 38.89% e 44.44% respectivamente foram a alternativa 4 “concordo” seguidas de 25.93% e 22.23% a alternativa 2 “discordo”, e de 25.93% e 20.37% a alternativa 3 “estou em dúvida”,

chamando atenção nas fragmentações das respostas apontadas nas duas questões, perpassando por quase todas as alternativas.

5.1.10 Concordância com a assertiva por Domínios

Tendo em vista que o entendimento do enfermeiro sobre SAE/PE seja primordial para sua implementação, buscou-se levantar o percentual de resultados das questões assinaladas pelos respondentes, optando-se, em assertivas nos domínios (AD). Somente os domínios 1;4;5; e 8 que foram passíveis de serem estudados, por abordarem algumas questões conceituais.

Vale lembrar que conforme a estruturação desse questionário, quanto maior for a concordância com a assertiva apresentada, maior é o entendimento sobre SAE/PE/Avaliação Inicial de Enfermagem, sendo, portanto, considerada certa, neste seguimento, o item de maior pontuação.

Tabela 2- Distribuição por medida de tendência central e de disposição de amplitude da concordância com as AD assinaladas pelos enfermeiros do INCA, participantes da pesquisa. Rio de Janeiro-RJ, 2018.

	MEDIANA	AMPLITUDE	
		MÍNIMA	MÁXIMA
AD1 (%)	10.00	00.00	50.00
AD4 (%)	00.00	00.00	42.85
AD5 (%)	00.00	00.00	66.67
AD8 (%)	12.50	00.00	87.50
TOTAL (%)	05.88	00.00	61.76

FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Conforme a tabela 2, a mediana de concordância de AD dos respondentes, foi 5.88%, com amplitude mínima de 0% e máxima de 61.76%, o que evidencia que não houve uma distribuição homogênea desses acertos entre os participantes. Chama a atenção os 0% de

amplitude mínima em todos os domínios, e, o percentual igual ou menor que 50% de amplitude máxima, nos domínios 1 e 4 respectivamente, bem como os 87.76% do domínio 8. Assim sendo, evidenciou-se, mais uma vez, a necessidade de investimento num programa de sensibilização e Capacitação dos Enfermeiros para a adesão à implementação da SAE e do PE no INCA.

5.2 Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Oficina de sensibilização e de Capacitação dos enfermeiros

Neste seguimento buscou-se avaliar se houve ou não melhorias dos resultados, após Sensibilizar e Capacitar os Enfermeiros, participantes da pesquisa, para o preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo Informatizado. Assim sendo, objetivou-se a comparação dos dados anterior (fevereiro) e posterior (abril) ao plano adotado (março). Nesse sentido, foi pré-estabelecida como meta alcançar o índice de 70% de registros de Avaliação Inicial no módulo Informatizado realizados pelos Enfermeiros dos Locais da pesquisa. O controle desses resultados se processou por meio de Indicadores de Quantidade.

No tocante aos indicadores de qualidade, estes, não foram contemplados neste estudo, sendo apenas abordados durante os resultados do diagnóstico situacional em SAE/PE/Avaliação inicial, no domínio 7, percepção dos respondentes sobre a atuação profissional em relação a SAE.

Tabela 3- Distribuição por frequência das Avaliações iniciais realizadas por Enfermeiros, no módulo informatizado, aos pacientes internados no INCA/HC 1, pelos Pronto-Atendimento Adulto e Pediátrico, nos meses de fevereiro e de abril. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

		FEVEREIRO	ABRIL
Pronto-Atendimento Adulto	Avaliações Iniciais Realizadas (%)	26.4	76.80
Pronto-Atendimento Pediátrico	Avaliações Iniciais Realizadas (%)	53.85	70

FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

Conforme resultados descritos na tabela 3, do total de pacientes internados pelo Serviço Pronto-Atendimento Adulto, os Enfermeiros desse setor, realizaram 26.4% de Avaliações Iniciais no Módulo Informatizado, no mês de fevereiro de 2019, e 76.80% o no mês abril de 2019.

Ainda na tabela 3, relacionado ao Serviço de Pronto-atendimento Pediátrico, do total de crianças internadas por esse setor, foram realizados pelos Enfermeiros, 53.85% de Avaliações Iniciais no Módulo Informatizado no mês de fevereiro de 2019, e 70% no mês abril de 2019.

Tabela 4- Distribuição por frequência dos registros de pacientes com Avaliação inicial de enfermagem, no módulo informatizado, internados na Seção Abdominopélvica, e no Serviço de Oncologia Pediátrica, do HC I, nos meses de fevereiro e de abril. Rio de Janeiro-RJ, 2019.

		FEVEREIRO	ABRIL
Seção Abdominopélvica	Total de Pacientes com Avaliação Inicial	8.82	24.36
	Total de Pacientes Internados (n)	102	78
Serviço de Oncologia Pediátrica	Total de Pacientes com Avaliação Inicial	71.80	83
	Total de Pacientes Internados (n)	78	65

FONTE: Elaborada pela pesquisadora.

A tabela 4 demonstra que do total de pacientes internados na Seção Abdominopélvica, 8.82% destes pacientes, no mês de fevereiro de 2019 e 24.36%, mês de abril deste mesmo ano, possuíam Avaliação Inicial de enfermagem no módulo Informatizado.

Vale esclarecer que ao acessar a INTRANET, não foi localizado nenhum registro de Avaliação Inicial no módulo informatizado realizado pelos enfermeiros da Seção Abdominopélvica, nem no mês de fevereiro de 2019, nem no mês de abril de 2019. Esse percentual de avaliações descritas na tabela 4, são de pacientes procedentes do Pronto-Atendimento Adulto cujas avaliações foram realizadas pelos enfermeiros do Pronto-Atendimento Adulto.

Resultados semelhantes aconteceram no Serviço de Oncologia Pediátrica, que aponta que 71.80% das crianças internadas, no mês de fevereiro de 2019, possuíam avaliação inicial de enfermagem, não sendo localizado nenhum registro dessas avaliações, realizados pelos enfermeiros desse setor na INTRANET, neste período.

Todavia, no mês de abril de 2019, do total de crianças internadas no Serviço de Oncologia Pediátrica, 83% dessas crianças possuíam avaliação inicial de enfermagem, e, destas, foram localizados 27% de registros de Avaliação Inicial realizados pelos enfermeiros desse setor. Os restantes das Avaliações foram realizados pelo Enfermeiros do Pronto-Atendimento Pediátrico e pelos Enfermeiros do Ambulatório Pediátrico.

6 DISCUSSÃO

A SAE é um método científico com a finalidade de organizar o trabalho profissional da enfermagem, e o PE um instrumento e uma metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro na tomada de decisão (TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Para Truppel *et al.* (2009), corroborando com as autoras supracitadas, a SAE proporciona cuidados individualizados, além de nortear o enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, oportunizando avanços na qualidade da assistência, e impulsionando a implantação do PE nas instituições que prestam assistência à saúde.

Apesar dos avanços encontrados no Brasil, principalmente no sul, sudeste e norte do País em relação às pesquisas envolvendo a implementação e aplicabilidade da SAE, percebe-se ainda a escassez de estudos sobre esta temática, em sua maioria com mais de cinco anos de publicação, e em especial quando focado na operacionalização do PE, durante a primeira fase do processo, avaliação inicial ao paciente oncológico.

Diante da análise dos resultados obtidos durante esta pesquisa, iniciou-se a discussão dos dados coletados.

6.1 Quanto à aplicação do questionário

6.1.1 Caracterização dos Participantes

Os participantes da pesquisa eram predominantemente do sexo feminino. Tinham em média 39.41 anos de idade, e encontravam-se na faixa etária de 30 a 50anos; detinham uma média de formação acadêmica de 13.45 anos e de efetivo serviço no INCA de 8.59 anos. Tais

resultados, remete a um grupo com experiência profissional. Entretanto, muitos desses profissionais, não fizeram parte do movimento inicial de implantação da SAE no INCA/ HC I, dessa forma, não agregando, a SAE, valor Institucional.

A maioria tinha o MS como vínculo empregatício no INCA. Todos eram enfermeiros, e destes 98.155 possuíam curso de com Pós-graduação em sua formação acadêmica.

Quanto ao nível de formação, o elevado percentual dos participantes com Pós-graduação, embora não especificado se *Stricto ou Latu-Sensu*, justifica-se devido aos dois últimos concursos do INCA, que tinham como pré-requisito para o cargo de enfermeiro, especialização em oncologia, pediatria, centro cirúrgico, transplante renal, CTI adulto e ou infantil ou cuidados paliativos. A mesma relação se deu com o tempo de serviço no INCA onde houve uma média de 8.59 anos estando em congruência com o egresso de enfermeiros oriundos dos concursos de 2010 e de 2014 os quais renovaram quase 50% da força de trabalho da Instituição.

Em estudo realizado por Oliveira *et al.* (2015) sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG, 55,88% dos participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária de 20 a 30 anos; 54,41% possuíam menos de cinco anos de formação profissional; os enfermeiros do hospital particular filantrópico apresentavam a menor média de tempo de formado (3,35 anos), com variações de oito meses a dez anos. Já os enfermeiros do hospital universitário público detinham o maior tempo médio de formação, 8,5 anos, variando de seis meses a 24 anos.

Com relação ao sexo, é consenso em todas as literaturas pesquisadas o predomínio do sexo feminino assim como no presente estudo, exemplificando, Menzeni e Bianchi (2009), Silva e Ferreira (2011), Pereira *et al.* (2012), Ribeiro (2016), que também verificaram a predominância do sexo feminino na categoria de enfermeiros.

Quanto ao tempo de formação, é válido ressaltar o de tempo de formação da amostra estudada e a sua relação com SAE/ PE, nas literaturas pesquisadas.

Embora, no Brasil, as primeiras iniciativas sobre SAE terem sido introduzida no final da década de 60 por Wanda Horta, na graduação, somente após o advento da sua legalização, é que a SAE/PE passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. Contudo, ainda se percebe que a Resolução COFEN 358/2009 por si só não oferece toda a condição necessária

para sua implantação, uma vez que muitos elementos dificultadores tornam-se um óbice no processo de implantação desse instrumento assistencial (GOMES, 2012).

Corroborando com o autor acima referenciado, Ribeiro (2016), cita em sua pesquisa, que a SAE e o PE só foram inseridos na formação profissional de forma mais completa recentemente, entretanto, percebe-se ainda que falhas encontradas na formação do enfermeiro possam refletir-se na adoção da SAE na prática profissional.

6.1.2 Domínio 1- Percepção sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e o Processo de Enfermagem

Por meio da análise dos resultados obtidos no estudo, relacionado ao domínio 1, constatou-se uma certa desconexão entre áreas de conhecimento dos enfermeiros participantes da pesquisa sobre a SAE e o PE e a prática cotidiana dos mesmos. Apesar da maioria dos respondentes terem afirmados ter conhecimento sobre SAE, e não terem dificuldades para entendê-la existe uma confusão no conceito entre as terminologias PE e Consulta de enfermagem.

Ao serem questionados se a Consulta de enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatorios é considerada a mesma coisa que o PE, observou-se que mais da metade dos pesquisados discordaram o que significa falta de conhecimento dessas nomenclaturas, bem como da Resolução COFEN 358/2009.

Existem controvérsias em relação às diversas definições encontradas na literatura, para designar o método de trabalho da enfermagem. Para Krauzer e Gelbcke (2011), essas controvérsias conceituais provocam “certa celeuma” na prática cotidiana do enfermeiro.

A Resolução COFEN 358/2009, estabelece uma distinção entre a SAE/PE/Consulta de enfermagem. A referida Resolução considera a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem; considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE; considera o PE como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Desta forma, esta Resolução resolve em seu ART. 1º que o “Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou

privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem”, definindo no § 1º que “os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros” e no § 2º que “quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem”.

A maioria dos respondentes dessa pesquisa assinalaram positivamente que a SAE auxilia o planejamento e a organização da assistência de enfermagem; que o PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem e que o diagnóstico e a prescrição de enfermagem cabem privativamente ao enfermeiro, estando alinhados com as literaturas pesquisadas, relacionados aos conceitos e finalidades da SAE e do PE, bem como com a legislação vigente.

De acordo com Castilho *et al.* (2009), a SAE é uma metodologia de trabalho que possibilita a organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado ao paciente. Já para Chanes (2009), a SAE é o método que permite identificar, compreender, descrever, organizar e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde, determinando as ações de enfermagem desde o planejamento até a execução e a avaliação da assistência prestada.

Quanto as etapas do PE, a Resolução COFEN 358/2009, em seu artigo 2º, afirma que o PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo; Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão; Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem; Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença.

É ainda nesta Resolução em seu Art. 4º que determina privativamente ao enfermeiro, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Ainda no domínio 1 dessa pesquisa, quando questionados se a SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível, a maioria dos respondentes assinalaram positivamente.

Neste sentido, Truppel (2009), afirma que a SAE promove visibilidade e autonomia para o enfermeiro, além de oferecer subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico científico, próprios e específicos, os quais caracterizam a enfermagem enquanto ciência.

Conforme a Resolução COFEN 358/2009 a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

Continuando a discussão sobre os dados coletados e analisados, chama a atenção os 29.63% dos respondentes que ficaram em dúvidas, quanto à afirmativa de que o registro das fases do PE é uma exigência legal. Trata-se de um percentual significativo que não conseguiram se manifestar positivamente ou negativamente, quanto a referida afirmativa, conduzindo ao entendimento que falta conhecimento teórico, prático e legal por parte desse percentual da amostra.

Segundo Silva, Garcez e Pestana (2010) existe um desconhecimento por parte dos profissionais sobre o que realmente significa a SAE, seu processo de implementação, as diversas ferramentas possíveis para aplicação prática da teoria e as melhorias que a mesma pode trazer para atuação do enfermeiro.

Corroborando com os autores supracitados, Menezes (2011), cita que para realizar o PE o profissional tem que ter embasamento científico, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro.

De acordo com a Resolução COFEN 358/2009 a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas humanas; as ações ou intervenções de

enfermagem realizadas face a esses diagnósticos e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Outra questão que se destaca nos dados coletados é quanto à afirmativa do enunciado “a SAE é um instrumento mais amplo que o PE”, no qual 12.97% dos respondentes permaneceram em dúvida.

Carvalho (2009), ressalta que existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre os quais se podem citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Assim sendo, é válido afirmar que a SAE é um processo mais amplo e o PE parte desse processo.

Retomando aos resultados dos dados coletados nessa pesquisa, a maioria dos respondentes concordaram que o PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada.

Todavia, vale sinalizar que quando questionados sobre um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência ser a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de enfermagem de suas ações, 13% dos respondentes discordaram.

O Diagnóstico de Enfermagem constitui a segunda fase do PE. Definido como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais, o DE proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2015).

O principal trabalho da NANDA *International* (NANDA-I) é direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos, ou seja, estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos.

A NANDA-I é uma organização fundamentada, e comprometida com o desenvolvimento da terminologia de diagnósticos padronizada com a qual se possa: nomear respostas humanas reais ou potenciais a problemas de saúde e processos da vida; desenvolver, aperfeiçoar e disseminar uma terminologia baseada em evidências, representativa de julgamentos clínicos feitos pelos enfermeiros; facilitar o estudo de fenômenos que preocupam enfermeiros para melhorar os cuidados do paciente, a sua segurança e os resultados obtidos,

pelos quais os enfermeiros são responsáveis; documentar os cuidados para que haja o reembolso dos serviços dos enfermeiros; contribuir para o desenvolvimento da informática e dos padrões de informação, garantindo a inclusão dos termos da enfermagem nos prontuários eletrônicos (NANDA, 2018).

De acordo com Carvalho (2013), os sistemas de classificação com linguagens padronizadas constituem-se em um conjunto de conhecimentos estruturados, conceitos organizados de forma lógica, com base em suas semelhanças.

Carpenito-Moyet (2008) afirma que um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum que auxilia os enfermeiros na avaliação dos dados selecionados, na identificação e na descrição dos problemas potenciais ou reais do paciente.

Dessa forma, vale inferir que o uso destes diagnósticos torna o processo de cuidado mais científico, baseado em evidências.

Concluindo a análise do domínio 1, observou-se que, no contexto geral, apesar da maioria dos respondentes terem assinalados algum grau de concordância, parcial ou total, estes, em sua maioria, concordaram totalmente em apenas 4 das 10 questões conceituais apresentadas nesse domínio. Em menores proporções, mas também, motivo de preocupação, foram os respondentes que tiveram dúvidas, assinaladas em 09 das 10 questões apresentadas. Tais resultados fortalece a necessidade de sensibilização e de capacitação dos enfermeiros para a adesão à implementação da SAE no INCA, fomentando a discussão e o aprofundamento sobre essa temática nos moldes da educação permanente em Saúde.

6.1.3 Domínio 2- Percepção sobre Capacitação/SAE/PE

Quanto ao domínio 2 desta pesquisa, a maioria dos participantes discordaram que a formação acadêmica ensina SAE e o PE de modo satisfatório e que a formação acadêmica prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária, resultados estes, que também se encontram alinhados com outros estudos realizados sobre essa temática. Todavia desperta atenção para os 14.82% e para os 22.22% dos respondentes que parcialmente concordaram, respectivamente, com a primeira e com a segunda afirmativa.

Nesta vertente, Krauzer e Gelbcke (2011) em sua pesquisa intitulada *Sistematização da Assistência de Enfermagem – Potencialidades Reconhecidas pelos Enfermeiros de um Hospital Público*, citam que no Brasil, a inserção do Processo de Enfermagem nas escolas de graduação foi efetivada a partir da década de 1970, com o referencial de Wanda Horta e que às escolas de enfermagem brasileiras têm se esforçado para desenvolver as atividades teórico-práticas fundamentadas numa metodologia de trabalho.

Entretanto, na contemporaneidade, alguns autores, afirmam que o aluno tem saído da graduação sem o amplo conhecimento necessário para colocar em prática o método específico de sua especialidade.

Silva, Garanhani e Peres (2015), em pesquisa realizada sobre a *Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo*, observaram que os conteúdos sobre SAE e PE foram apresentados de forma fragmentada, provocando alguns conflitos nos acadêmicos, que só compreenderam a razão deste conhecimento a partir da metade do curso. Segundo as referidas autoras, o tema SAE é abordado de maneira ascendente na graduação, sendo que, em cada série, conhecimentos anteriores são retomados, juntamente com apresentação de novos, entretanto, apesar da tentativa de se introduzir, desde as séries iniciais do curso, elementos que compõem a SAE, os acadêmicos não conseguem compreendê-los, revelando falta de clareza em a relação à SAE com a anamnese e exame físico, repercutindo, na capacidade de apreender o tema.

Saindo do contexto hospitalar, em relação a atenção básica de saúde, as autoras em epígrafe, citaram que mesmo quando os acadêmicos já familiarizados com a expressão SAE e a utilização do PE, estes, ainda permanecem com dificuldade em enxergá-la no contexto da atenção básica percebendo-se a necessidade de que as atividades vivenciadas pelos acadêmicos, nas unidades de atenção básica, contemplando a SAE sejam conduzidas e orientadas, de maneira mais efetiva, pelos docentes.

As mesmas autoras, ressaltam ainda que a “fragmentação do ensino traz o risco de não se alcançar o ponto de unidade, quando a compreensão do todo é obtida”, uma vez que os resultados de sua pesquisa revelaram a dificuldade que os acadêmicos se deparam para enxergar o conteúdo em sua totalidade, sendo, portanto, para as autoras, necessário atentar-se para a maneira como os conteúdos são abordados, para que as sucessivas aproximações não sejam apenas um aglomerado de novos temas e que ao serem desenvolvidas as etapas do PE,

além de aprofundar o conhecimento e a prática já existente, deve-se constantemente, relacioná-las à SAE.

Andrade (2005), buscando encontrar uma associação entre a formação profissional, o conhecimento e aplicação do PE investigou a utilização desta metodologia durante a graduação, obtendo como resultados que 63% dos entrevistados afirmaram terem estudado somente a teoria do PE e, não o terem aplicado (ou aplicado superficialmente) na prática, enquanto que 18,5% referiram não ter estudado ou não lembraram de ter sido abordado este assunto na sua formação acadêmica.

Para às mesmas autoras, no desempenho didático da escola formadora quanto ao preparo dos profissionais de enfermagem numa abordagem científica, organizada, sistematizada, muitas dificuldades são encontradas neste percurso, como a realidade das Instituições de saúde, onde não se utilizam metodologias assistenciais, além do despreparo dos docentes, uma vez que, a maioria destes, durante sua formação, não teve oportunidade de desempenhar habilidades para o Processo de Enfermagem, fazendo -se necessário, a capacitação do corpo docente bem como o aprimoramento constante no que se refere a temas como Semiologia, Metodologias Assistenciais, Diagnóstico de Enfermagem, dentre outros inerentes à questão.

Segundo Oliveira *et al.* (2012), em sua pesquisa sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG, em relação a área de conhecimento dos enfermeiros participantes da pesquisa, 91,18% dos participantes responderam que tiveram contatos com a SAE durante o período de graduação, entretanto, apenas 20,59% destes enfermeiros utilizavam este conhecimento na sua prática profissional diária.

Ainda no domínio 2 desta pesquisa, um pouco mais da metade dos respondentes, assinalaram ter conhecimento para realizar a parte que lhes cabem enquanto profissionais sobre SAE/PE, mas, a maioria desses participantes, reconhecem que a educação permanente facilita a implantação da SAE, e que precisa de capacitação para implantar a SAE e realizar o PE, configurando-se com esses resultados, que, existe uma lacuna entre a teoria e prática cotidiana, evidenciada no alto percentual de necessidade de capacitação para sua implementação.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ribeiro (2015), em estudo realizado sobre Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma

Unidade Básica de Saúde de Campinas-SP, no qual apontou que 53% dos participantes têm conhecimentos sobre SAE e o PE, que 71 % consideram que a educação continuada facilita a implantação da SAE e que 81% concordam que precisam de capacitação para implementar a SAE e realizar o PE na prática. Diante dos resultados encontrados em seu estudo, a referida autora, acredita que a educação permanente, no modelo preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente datada de 2009, seja um facilitador para a implementação da SAE na Instituição local de sua pesquisa.

Corroborando com a autora acima referida, Krauzer, *et al.* (2015) citam a importância da educação permanente nos serviços de saúde, refletindo e discutindo a SAE no cotidiano da assistência, direcionado para o desenvolvimento do exercício profissional do enfermeiro e Ceccim (2005), afirma que a educação permanente em saúde pode fazer frente à realidade dos serviços de saúde e estimular uma assistência mais coerente com as necessidades populacional.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada em 2009, orienta o trabalho de todas as esferas no que tange a educação em saúde, ao definir Educação Permanente como uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores.

Com relação à realização da SAE no cotidiano de trabalho, para Andrade (2005), o desconhecimento ou a falta de domínio sobre a utilização da SAE do PE pode contribuir para a insegurança e conseqüentemente a baixa utilização desta metodologia.

Corroborando com as autoras mencionadas anteriormente, Nunes (2009), apontou que o despreparo e a falta de interesse dos profissionais de enfermagem tornam-se obstáculos à efetiva execução da SAE nas instituições, e que estes elementos impendem a adesão dos profissionais ao processo de implementação, fazendo com que apenas cumpram normas estabelecidas pela instituição.

Diante deste contexto, mais uma vez a pesquisa aponta a capacitação e a educação permanente como o caminho a ser seguido para dirimir os óbices gerado pela falta de conhecimento, pelo despreparo, pela inércia, pela falta de adesão do profissional enfermeiro frente a SAE e o PE.

6.1.4 Domínio 3- Percepção sobre as Dificuldades na Implementação da SAE e realização do PE na sua unidade

No tocante ao domínio 3, desta pesquisa, a maioria dos participantes responderam positivamente que este processo sistematizado possui algumas dificuldades para sua implementação, sendo ocasionados por motivos distintos como: pressão da demanda, com excesso de pacientes; falta de capacitação sobre SAE/PE na Instituição; interrupções da consulta pela equipe; ausência de consultórios para os enfermeiros; falta de estrutura adequada para realização da SAE; falta de valorização da consulta de enfermagem pelos profissionais de saúde e pela população.

Quando questionados se os enfermeiros sabem ou não sabem fazer o PE e se buscam ou não buscam aprimorar-se, os resultados foram muito fragmentados, não havendo consenso nas respostas: 35.18% responderam que os enfermeiros sabem, fazer o PE; 19% que não sabem e 27.78% permaneceram em dúvida.

Os resultados sobre SAE com a operacionalização do PE tão fragmentados nesta questão, encontram-se em desalinho com os resultados do domínio 1, onde 82.29% dos respondentes afirmaram ter conhecimento sobre SAE e o PE, o que permite inferir que o conhecimento dos participantes é limitado e/ou que existe falta de interesse dos mesmos sobre a temática abordada.

Ratificando as afirmativas supracitadas, Takahashi *et al.* (2008), ressalta que o conhecimento insuficiente ou inadequado acerca da SAE se torna uma barreira para a implantação, adesão e execução da SAE/PE nas instituições de saúde.

Felix (2009), em pesquisa realizada em uma unidade de pronto atendimento apontou como elementos dificultadores para a implantação da SAE a falta de tempo com 50% das respostas, o ambiente com 16,67%, o instrumento com 11,11%, o conhecimento teórico com 11,11%, além da alta demanda de pacientes e a resistência dos enfermeiros.

Para Oliveira *et.al* (2012), fatores como a necessidade de apoio da gerência administrativa e quadro de enfermagem favorável à implantação da SAE, apoio inter e entre classes profissionais, recursos físicos, humanos e materiais adequados, capacitação profissional, planejamento da divisão do tempo de trabalho entre atividades administrativas e assistenciais, e desinteresse e despreparo de alguns enfermeiros influenciam na implantação da

SAE. As referidas autoras em pesquisa realizada, evidenciaram como obstáculo para implantação da SAE, dificuldade na realização do exame físico (47,06%), do diagnóstico de enfermagem (36,76%) e o acesso aos cursos de capacitação (85,71%).

Já o estudo de Medeiros (2013), destacou como fatores que têm dificultado a operacionalização da SAE no serviço de obstetrícia, apontados pelos enfermeiros, a falta de credibilidade dos técnicos de enfermagem frente à SAE, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, a pouca vontade dos gestores em implantá-la e o desconhecimento do funcionamento do processo pelos profissionais de enfermagem.

Quando o trabalho não é aceito por toda equipe, torna-se um trabalho pautado apenas na execução de tarefas, com acúmulo de atividades e conseqüentemente com sobrecarga de trabalho, faltando condições adequadas para realizar uma assistência humanizada e individualizada. Isto posto, é válido afirmar que para a efetivação da SAE/PE, a adesão de todos envolvidos neste processo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, é fundamental.

Em um estudo sobre o conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem realizado em um hospital público em São Paulo, por Boaventura (2017), como elementos dificultadores, relatados pelos enfermeiros, à aplicação da SAE/PE, foram apontados: carga horária (33%), pouco contato com o conteúdo na formação acadêmica (11%), baixa credibilidade do método (17%), impressos inadequados à necessidade da unidade (23%) e outros motivos (10%). Em relação ao item outros motivos, foi verificado junto aos participantes o histórico de enfermagem como um dificultador à realização da atividade, devido ao grande dispêndio de tempo, complexidade e quantidade de informações a serem coletadas; à falta de uniformização da comunicação entre profissionais e a validade da padronização NANDA/NIC/NOC à realidade brasileira, por se tratar de um sistema internacional conforme citados pelos autores.

Para os autores supracitados, diante da pesquisa realizada, verificou-se que existem mais desafios do que facilidades frente à operacionalização da SAE e do PE como, implementar a SAE e o PE corretamente, criar impressos específicos e informatizados, recursos humanos em enfermagem, administração de tempo entre assistência e gerência de enfermagem e a falta de conhecimentos específicos e necessários. Os referidos autores, ressaltaram ao término da respectiva pesquisa que a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem incrementa a qualidade da assistência, promove autonomia e permite a unificação

da linguagem, bem com representa o corpo de conhecimento próprio do enfermeiro que deve ser “assumido, desenvolvido, consolidado e valorizado”.

Neste sentido, cabe ao gestor a frente do Serviço de Enfermagem, promover as condições necessárias e viáveis para a implementação da SAE com a Operacionalização do PE.

6.1.5 Domínio 4 - Percepção sobre os Benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer

No domínio 4, desta pesquisa, a maioria dos enfermeiros respondentes acreditam que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente; que a utilização do PE melhora a qualidade da consulta de enfermagem; que a implantação da nomenclatura padronizada na consulta de enfermagem favorece a documentação do trabalho do enfermeiro; que a execução do PE favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros; que a realização da SAE/PE aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho; que a SAE e o PE trazem benefício para o paciente através da individualização do cuidado e que a SAE trazem benefícios para a equipe através da organização do processo de trabalho.

Já os achados do estudo realizado por Santos, Matos, Alves e Ansolin (2016), evidenciaram como vantagens obtidas com a realização da SAE tanto para a enfermagem, quanto para a instituição e para o cliente e sua família os seguintes eventos: o cuidado individualizado, humanizado e integral para os clientes (n=28; 96,5%); direcionamento da prática e favorecimento a tomada de decisão (n=27; 93,2%); avanços na qualidade da assistência (n=26; 89,7%); otimização dos registros e recuperação de dados (n=25; 86,2%); valorização profissional (n=24; 82,7%); melhoria na condição de saúde dos clientes (n=24; 82,7%); autonomia profissional (n=23; 79,3%); maior interação da equipe de enfermagem (n=23; 79,3%); satisfação do usuário (n=20; 68,9%) e favorecimento do controle de custos e de auditoria (n=15; 51,7%).

De acordo com o estudo de Felix (2009), dentre os vários benefícios com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem destacam-se: o direcionamento das ações de enfermagem; a maior facilidade na passagem das informações; personalização do atendimento; individualização, eficiência e eficácia no cuidado; integração e interação da enfermagem com o paciente, família, com a comunidade e com a própria equipe multidisciplinar e a autonomia da profissão.

Quando implantada e consolidada numa unidade de saúde, a SAE, organiza o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, torna o serviço de qualidade, favorece a diminuição do tempo de internação, a satisfação do cliente, diminui risco de infecção e, conseqüentemente, a redução de custos, redefine o espaço de atuação do enfermeiro e sua equipe, proporciona aos enfermeiros a flexibilidade do pensamento crítico, melhora a comunicação e contribui para a autonomia profissional (BARROS, 2010; CASTILHO, 2009; SALES, 2008).

Assim sendo, em citações de Silva *et al.* (2011), a SAE é um modo de exercer a profissão com autonomia a partir de bases técnico-científicas.

O princípio da autonomia citado por Menezes (2011) deve nortear a relação que existe entre os profissionais de saúde e os pacientes e contribuir para uma relação harmoniosa, na qual cada um ocupa seu espaço em uma interação entre sentir, pensar e agir.

Para Truppel *et al.* (2009), mesmo cientes dos benefícios advindos da utilização da SAE, alguns enfermeiros não a utilizam, tomando decisões não embasadas no raciocínio clínico e que também, não se preocupam com a qualidade dos registros referentes ao planejamento do cuidado. Segundo os mesmos autores, a cientificidade profissional, aqui no Brasil, só será integral quando forem utilizados instrumentos científicos que tragam embasamento para a prática assistencial.

Conforme Medeiros, Santos e Cabral (2012), os enfermeiros ao realizarem a SAE fazem julgamentos críticos e diagnósticos de enfermagem, e, desta forma, torna-se possível, então, planejar, implementar e avaliar as suas ações.

A SAE envolve a dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano e o PE orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, sendo constituído por 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes a saber: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009). Neste contexto, algumas classificações de enfermagem têm sido utilizadas para uniformizar a linguagem de enfermagem em algumas etapas da SAE. São elas: a “*NANDA International*” (NANDA I) que estabelece uma classificação de diagnósticos de enfermagem; a “*Nursing Interventions Classification*” (NIC), de intervenções de enfermagem e a “*Nursing Outcomes Classification*” (NOC) de resultados de enfermagem. Essas classificações têm sido empregadas para colaborar na operacionalização

das etapas de diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência acompanhado da prescrição de cuidados e avaliação de enfermagem.

Corroborando, Menezes (2011), afirma que para os serviços implementarem ações, avaliarem resultados, e modificarem as intervenções, favorecendo a obtenção dos resultados esperados, quantificarem a assistência, promoverem o alcance das metas de qualidade, controlarem custos e facilitarem auditoria, o uso do PE é uma estratégia. Desta maneira a SAE organiza e qualifica o trabalho do enfermeiro (SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2014).

Para Gargiulo *et al.* (2007); Schrader *et al.* (2010), quando focado na área de atuação oncológica, a aplicação da SAE ao paciente oncológico possibilita ao enfermeiro um cuidar com embasamento científico e humanizado visando uma assistência diferenciada e organizada, considerando sua individualidade, costumes e modo de vida e, a partir deste, atender suas necessidades, e melhorar sua qualidade de vida.

Em suma, prática da SAE/PE possibilita o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos, operacionais e éticos, e, desta forma, conquistar o reconhecimento pela qualidade da assistência prestada ao paciente, conjeturando seu real papel na sociedade.

6.1.6 Domínio 5- Percepção sobre o que poderia Facilitar a Implementação da SAE e realização do PE na sua unidade

Em relação ao Domínio 5, os participantes responderam afirmativamente que o prontuário eletrônico; o impresso com diagnósticos; a prescrições de enfermagem; a Capacitação; a educação permanente para enfermeiros em SAE/PE; recursos humanos em número adequado; envolvimento do enfermeiro com o trabalho; linguagem padronizada; adoção de protocolos e conhecimento, poderiam facilitar a implementação da SAE e a realização do PE na unidade em que trabalham. É válido ressaltar que os elementos capacitação, conhecimento foram os que obtiveram os maiores percentuais de respostas.

Mourão e Neves (2007), ressaltaram a funcionalidade do prontuário eletrônico do paciente (PEP) em pesquisa realizada sobre os Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, na qual, dos 27 profissionais entrevistados, 25 citaram que o PEP garantia o acesso rápido e facilitava o compartilhamento de informações, e, 14 destes profissionais,

acreditavam que a utilização dos protocolos recomendados pelo programa eletrônico ajuda a padronizar o atendimento.

O PEP é uma das alternativas utilizada pela enfermagem para o registro de suas atividades de assistência, sendo contemplado na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem em seu artigo 8º, na qual aponta a exigência da utilização de recursos computacionais para o planejamento das ações, conforme as competências de cada grupo profissional da enfermagem, bem como o preparo necessário para a utilização deste recurso (COFEN, 1986).

Os recursos computacionais para a enfermagem, reduz o tempo necessário para a efetivação dos registros, estimula o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio investigativo dos enfermeiros, disponibilizando sugestões de diagnósticos e de intervenções de enfermagem a serem implementadas, resultando em prescrições para o cuidado individualizado, bem como, favorece discussão clínica entre a equipe multidisciplinar e busca de evidências científicas, e, desta forma, promove a melhoria da qualidade do cuidado da enfermagem (ALMEIDA, 2011; PALOMARES, 2010).

Segundo Mourão e Neves (2007), para se obter benefícios com o Prontuário Eletrônico do Paciente é preciso saber usá-lo.

Em um estudo sobre prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem, realizado por Lahm e Ribeiro (2015), em relação ao treinamento para usar o PEP, 71% (n=56) dos auxiliares e técnicos e 70% (n=14) dos enfermeiros atestaram não ter recebido treinamento, destacando que 56% (n=39) dos que atestaram não ter recebido treinamento apresentaram dificuldades na utilização do PEP. Dentre os que responderam não ter dificuldade na utilização do PEP, 32% (n=31) demandou apoio durante a realização do teste, atentando que ao todo, 73% (n=72) dos profissionais participantes da pesquisa demandaram apoio para a utilização do PEP.

Ainda para as autoras supracitadas, além da preocupação da modelagem do PEP mais adequada possível ao seu uso, é necessária capacitação dos profissionais de modo que não ocorra falhas na comunicação multiprofissional e não prejudique a assistência ao paciente. As referidas autoras afirmam ainda que o PEP para ser considerado um recurso tecnológico eficiente deve atender a requisitos e ser objeto de treinamento.

Corroborando com as autoras acima citadas, para Saltman (2006), a capacitação dos profissionais inseridos diretamente na utilização das novas ferramentas de comunicação em saúde é necessária para tornar o seu uso eficiente.

Oliveira *et al.* (2012), apontam como elementos dificultadores para implementação da SAE, resultante do estudo realizado, a escassez de recursos humanos, a resistência da equipe de saúde, incluindo os próprios enfermeiros, a falta de capacitação específica e a falta de domínio para a realização do diagnóstico de enfermagem bem como afirmam que a utilização do documento impresso com os diagnósticos e as prescrições de enfermagem, associado às aulas, pode facilitar a introdução da SAE de forma que todas as suas etapas sejam registradas.

É consenso nas literaturas pesquisadas que a ausência de capacitação se torna um limitador para a implantação SAE e execução do PE e que tal fato gera falta de adesão ao método.

Carvalho e Kusumota (2009), corroboram afirmando que a ampliação do uso da informática nos cenários da prática, a adoção de processo de educação permanente pelas instituições e a existência de legislação que retrata a obrigatoriedade da SAE, entre outros, são estratégias consideradas como impulsionadoras para a implantação da SAE.

Carvalho (2008), destaca que o processo de enfermagem tem sido considerado como um provedor da uniformização da linguagem. Vale ressaltar que essa padronização se desenvolve através do uso das Taxonomias de enfermagem entre elas pode-se citar NANDA, NIC, NOC, CIPE E CIPESC, que são as mais utilizadas no Brasil.

6.1.7 Domínio 6- Percepção sobre o que ocorre na sua unidade

O Domínio 6 desta pesquisa está relacionada a Percepção individual sobre a situação da SAE e PE na unidade de trabalho dos respondentes, sendo evidenciado que a SAE e o PE não estão implantados nas respectivas unidades de trabalho, local desta pesquisa, havendo algumas iniciativas isoladas neste sentido, mas que não contempla o PE em toda sua totalidade.

Tal afirmativa é resultante dos dados coletados e analisados onde 61.11% dos participantes responderam que a consulta de enfermagem, utilizando o PE não é realizada em sua unidade; 81.48% responderam que a SAE não é utilizada para todas as ações de

enfermagem; 74.08% responderam que não registram o PE no prontuário do paciente de forma completa; 75.93% responderam que a equipe de enfermagem não valoriza a SAE e nem checa as prescrições elaboradas pelos enfermeiros; 72.23% responderam que a equipe de enfermagem não participa da realização do PE; 68.51% responderam que o PE não é realizado em conformidade com as normas do COFEN; 68.52% responderam que o enfermeiro não tem apoio institucional para realizar a SAE/PE e 87.04% responderam que a unidade em que trabalha não possui enfermeiros em quantitativo suficiente para realização da SAE/PE.

Quanto ao questionamento sobre a fiscalização dos órgãos de classes em termos de irregularidades encontradas na unidade de trabalho relacionado a SAE/PE, não souberam responder, havendo uma fragmentação nas respostas, negativas e positivas, ressaltando que 29.63% dos participantes responderam estarem em dúvida e 24.93% assinalaram nenhuma opção.

Um dado importante se relaciona ao percentual de concordância, em maior ou menor proporção, com os itens acima especificados. Tal fato encontra-se relacionado ao complexo pediátrico oncológico que desde o início do ano de 2018, iniciou os primeiros passos rumo a efetivação da SAE e o PE, realizando a consulta de enfermagem em todas as crianças que são internadas, pela Área Ambulatorial ou pelo Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico. Todavia apesar dos esforços para implementação da SAE/PE, este não contempla a integralidade do PE como preconizado pela resolução COFEN 358/2009.

Assim sendo, Cavalcante *et al.* (2011), afirma que o PE deve ser plicado em sua totalidade, nas cinco fases inter-relacionadas, direcionando as devidas intervenções para o alcance do objetivo final que é qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

No tocante a consulta de enfermagem, e aos registros de enfermagem, trata-se de uma exigência legal, normatizada pela Resolução COFEN 358/2009

Na pesquisa intitulada “A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados”, realizada por Françolin *et al.* (2012), constatou-se que apesar da maioria dos prontuários dos pacientes hospitalizados investigados e analisados terem apresentados níveis ótimos e bons de registros de enfermagem, em conformidade com os princípios técnico-científicos quando comparados ao referencial proposto pelo COREN-SP, existe algumas fragilidades nos registros de enfermagem encontrados, que comprometem a segurança do paciente. As referidas autoras ressaltam que as anotações devem servir como

instrumento no processo de tomada de decisão e, segundo as mesmas, devem refletir com clareza e objetividade o estado clínico dos pacientes, bem como as ações e procedimentos realizados.

Em outro estudo, Oliveira *et al.* (2012) obtiveram os seguintes resultados: dos enfermeiros entrevistados 20,59% afirmaram que utilizavam apenas algumas etapas da SAE; 46,66% registravam as ocorrências do paciente numa folha de evolução, sendo evidenciado que as atividades da SAE eram restritas apenas à realização do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e evolução de enfermagem e que os enfermeiros não realizavam a prescrição de enfermagem.

Corroborando com as autoras acima referidas, Pinheiro (2016), enfatiza que informação não registrada é informação perdida, e que a escassa documentação sugere má prática na enfermagem.

Desta forma, é possível afirmar que a ausência de registros do PE em todas as suas fases no prontuário do paciente não permite a avaliação da assistência implementada, nem o acompanhamento da evolução e nem o alcance dos resultados esperados para o restabelecimento da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença.

Trindade *et al.* (2016), em um estudo realizado com o tema “Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros” cita que o PE ainda é pouco valorizado na prática profissional do enfermeiro, resultado da formação acadêmica, em que, como estudantes de enfermagem, muitos não compreenderam ou reconheceram o PE como uma metodologia de trabalho, havendo manifestações por parte dos enfermeiros participantes da pesquisa, de dificuldades na aplicação do PE, e até mesmo da não aplicabilidade do mesmo durante o desenvolvimento do seu trabalho na prática assistencial. As referidas autoras citam ainda que conforme os resultados apontados na pesquisa, o PE não é desenvolvido em todas as suas etapas, devido à mecânica dos afazeres rotineiros, à demanda de trabalho, à falta de apoio institucional, à falta de profissionais, e à sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Vale lembrar que a aplicação do PE não é uma prerrogativa exclusiva do enfermeiro, havendo participação também do técnico e do auxiliar de enfermagem na operacionalização do

mesmo. Ao enfermeiro cabe privativamente, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, e ao técnico e ao auxiliar de enfermagem a execução do PE, sob supervisão do enfermeiro (COFEN, 2009).

Segundo Pinheiro (2016), a implementação do PE depende da união de esforços, sendo necessário o envolvimento de toda a equipe, visando à continuidade do trabalho para a ação sustentada e coerente do enfermeiro.

Para Trindade *et al.* (2016), as estratégias de apoio para a implementação do PE necessitam ser construídas coletivamente de modo a atingir os propósitos e metas institucionais, bem como para atender as demandas da equipe de enfermagem e necessidades de saúde dos pacientes.

Em se tratando da adequação do dimensionamento do pessoal para realização da SAE, 72% dos entrevistados na pesquisa realizada por Tavares *et al.* (2007) relataram que não possuem essa adequação. Ao serem questionados sobre os fatores que dificultavam a implantação da sistematização da assistência estes profissionais mencionaram a sobrecarga de trabalho relacionada ao número insuficiente de profissionais de enfermagem.

O dimensionamento de pessoal é “um processo sistemático fundamentado no planejamento e na avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, sendo necessário para o provimento de cuidados de forma a garantir a qualidade aos clientes, previamente estabelecida, de acordo com a filosofia, singularidade e estrutura de cada instituição” (GAIDZINSKI *et al.* 2005).

Conforme a Resolução COFEN 543/2017 que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/ locais em que são realizadas atividades de enfermagem, o dimensionamento deve basear-se em características relativas:

I – ao serviço de saúde: missão, visão, porte, política de pessoal, recursos materiais e financeiros; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; atribuições e competências, específicas e colaborativas, dos integrantes dos diferentes serviços e programas e requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

II – ao serviço de enfermagem: aspectos técnico-científicos e administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio e indicadores de qualidade gerencial e assistencial;

III – ao paciente: grau de dependência em relação a equipe de enfermagem (sistema de classificação de pacientes – SCP) e realidade sociocultural.

Assim sendo, nessa perspectiva, as instituições de saúde precisam viabilizar o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem para facilitar a implementação de metodologias de trabalho nos seus respectivos serviços.

Quanto a fiscalização do Órgão de Classe, o HC I/INCA se ressentiu de uma visita técnica e de uma assessoria, já solicitada, para a implementação da SAE, o que justifica a fragmentação das respostas nesse quesito pelos participantes, motivado pela falta de conhecimento quanto a essa questão.

6.1.8 Domínio 7- Percepção quanto a sua Atuação Profissional Individual em relação ao PE

No Domínio 7 desta pesquisa, 68.52% dos enfermeiros participantes da pesquisa responderam que realiza coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; 61,11% afirmaram que não prescrevem os cuidados para todos os pacientes e 24.07% tiveram dúvidas para responder esse quesito; 50% responderam que não seguem as prescrições de enfermagem e que não checam as ações realizadas, além do 20.37% que ficaram em dúvida, podendo-se, desta forma, deduzir que a prescrição de enfermagem não é realizada pelos enfermeiros desta pesquisa; 75.93% responderam que avaliam o cuidado prestado, entretanto apenas 50% afirmaram que registram no prontuário do paciente todas as etapas que executam; 61.11% dos participantes responderam que não fazem diagnósticos de enfermagem e quando questionados se utilizam os diagnósticos baseados na nomenclatura NANDA-I, 70.89% responderam negativamente; na nomenclatura CIPE[®], 88.89% também responderam negativamente; na nomenclatura CIPESC[®], 92,59% afirmaram que não, e, se utilizam outra nomenclatura não padronizada para elaboração dos diagnósticos, 61.11% negaram. Tais afirmativas conduzem ao entendimento de que esta fase do PE, também não é realizada pelos enfermeiros desta pesquisa.

Corroborando com a discussão dos resultados dessa pesquisa, Silva *et al.* (2011), constatou em seu estudo que quanto ao conhecimento sobre as etapas da SAE, 52% das respostas dos participantes do estudo foram incompletas. Quanto especificamente aos diagnósticos de enfermagem, a maioria dos participantes, 68% responderam que não os

utilizava na prática profissional, bem como não souberam citar nenhum, demonstrando, segundo a autora, total falta de conhecimento sobre esta etapa do PE.

Para Santos, Veiga e Andrade (2011), a coleta de dados, é parte integrante do processo diagnóstico. Ainda para as referidas autoras a coleta dos dados é considerada de suma importância, uma vez que se não realizada de forma correta ou se os dados coletados forem insuficientes pode levar a um diagnóstico de enfermagem errôneo resultando em um planejamento, implementação e avaliação inapropriados.

O diagnóstico de enfermagem (DE), segunda fase do PE, é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, avaliação inicial, para tomada de decisão e definição dos diagnósticos de enfermagem (COFEN, 2009). Nesse contexto, emerge, as taxonomias de enfermagem ou sistemas de classificação, como tentativa de universalizar e padronizar uma linguagem utilizada pelos enfermeiros.

As taxonomias ou sistemas de classificação são conhecimentos estruturados nos quais os elementos de uma disciplina são organizados em grupos ou em classes com base em suas semelhanças (DA MATA *et al.*, 2012).

A taxonomia NANDA-I, Segundo Ferreira *et al.* (2016), desempenha importante papel ao descrever, de modo padronizado, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, apontando para as possíveis áreas de contribuição da enfermagem no cenário de cuidados à saúde.

A taxonomia CIPE[®] pode ser classificada como um sistema de terminologias combinatórias em uma estrutura multiaxial, ou seja, um ou mais conceitos simples podem se combinar para constituir conceitos complexos, possuindo uma estrutura que pode elaborar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (NOBREGA, 2005; INC, 2010).

A taxonomia CIPESC[®] foi a contribuição brasileira para incorporar a noção do coletivo na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE[®]. Trata-se de um potente instrumento de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, tanto do ponto de vista assistencial, quanto de gerência e de investigação (CUBAS, 2008).

O cumprimento da primeira e segunda etapa do PE, possibilita a elaboração de uma prescrição de Enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros de Enfermagem e a humanização da assistência (Souza, Santos e Monteiro, 2012).

Para Scarparo (2010), os registros adequados e frequentes no prontuário do paciente, é o mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, e representam 50% das informações inerentes ao cuidado registradas no prontuário.

Segundo Malucelli *et al.* (2010) o registro de enfermagem contribui na organização do cuidado, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. Ainda para as referidas autoras esforços têm sido depreendidos para a efetivação da implementação dessa metodologia nas instituições de saúde.

6.1.9 Domínio 8- Percepção sobre Avaliação Inicial

Quanto ao domínio 8, 79.64% dos participantes responderam que a avaliação inicial é a fase mais importante do PE, entretanto, 51.86% destes enfermeiros desconheciam a equivalência dos termos avaliação inicial, investigação, histórico de enfermagem, coleta de dados e 33.34% não souberam responder. Diante desse resultado pode-se afirmar que há, por parte dos respondentes dessa pesquisa, desconhecimento relacionado as terminologias existentes, utilizadas na primeira fase do PE.

A primeira fase do PE, comumente conhecida como coleta de dados do paciente, foi denominada como histórico de enfermagem por Horta (2011), ou avaliação inicial por Gordon (1994), corresponde à coleta de dados do método científico.

Vale destacar que no Brasil o histórico de enfermagem, foi introduzido na prática por volta de 1965, por Wanda de Aguiar Horta, com alunos de enfermagem. Nessa época recebeu a denominação de anamnese de enfermagem e, devido ao problema da conotação com a anamnese médica, foi adotado o termo histórico de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ainda para Horta (1979), o histórico de enfermagem é também denominado por levantamento, avaliação e investigação.

A avaliação inicial segundo NANDA-I (2015), é a etapa mais importante do PE, razão porque não deve ser realizada apenas para o preenchimento dos espaços vazios em um

formulário ou em uma tela do computador, uma vez que, se não bem-sucedida, perde-se o controle sobre as demais etapas do processo de enfermagem.

Ainda nesse domínio, 57.78% dos participantes responderam que o instrumento de avaliação inicial deve ser construído a partir de um referencial teórico; 96.29% que a avaliação inicial envolve uma coleta de informações subjetivas e objetivas do paciente, além de uma análise das informações da história do paciente no seu prontuário; 83.34% responderam que a coleta de dados durante a avaliação inicial é composta por múltiplas etapas, com a meta de diagnosticar e priorizar esse diagnósticos e 85.19% responderam que a coleta de dados e o julgamento clínico são utilizados para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde.

A avaliação inicial, primeira fase do PE, é um processo deliberado, sistemático e ininterrupto, que pode ser obtido através de métodos e de diversas técnicas, devendo estar baseado em um suporte teórico que o oriente na coleta de dados. Seu objetivo é obter dados sobre o paciente, a família ou a coletividade humana, além de avaliar suas respostas em um determinado período do processo saúde e doença. (COFEN, 2009).

Para Tannure e Pinheiro (2013), o histórico de enfermagem, constituída pela anamnese e exame físico, é o primeiro passo para a determinação do estado e saúde e tem como propósito identificar e obter informações pertinentes ao do indivíduo, família e comunidade, as necessidades, os problemas, percepções e expectativa que demandam ações de enfermagem às reações humanas destes, além de organizar, analisar e sintetizar os dados coletados que servem de ponto inicial aos diagnósticos de enfermagem.

Para NANDA-I (2015), a base do tratamento de enfermagem é constituída pela coleta de dados na qual envolve múltiplas etapas (coleta de dados inicial, identificação de possíveis diagnósticos, coleta de dados aprofundados e determinação dos diagnósticos de enfermagem), com a meta de diagnosticar com acurácia, priorizar esses diagnósticos e oferecer cuidados de enfermagem eficientes. Ainda para NANDA-I, os enfermeiros coletam informações sobre os problemas reais, sobre os pontos positivos, que permitam identificar as oportunidades de promoção da saúde bem como sobre os problemas de riscos, em que os enfermeiros possam prevenir.

Assim sendo, diante de citações das referidas autoras, a coleta de dados e o julgamento clínico são utilizados para formulação de hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais, riscos e oportunidades de promoção da saúde.

Quando questionados aos participantes desta pesquisa se os enfermeiros realizam a avaliação inicial com acurácia, 44.45% dos enfermeiros responderam que sim, entretanto 25.93% responderam que não e em igual porcentagem, 25.93% permaneceram em dúvida; e, quando perguntado se o enfermeiro realizava a avaliação inicial de enfermagem com o aprofundamento dos dados para subsidiar a etapa dos diagnósticos de enfermagem, 57.40% dos participantes responderam positivamente, entretanto 22.23% responderam negativamente e 20.37% não souberam responder, o que leva ao entendimento de que os enfermeiros da instituição local da pesquisa realizam de forma incompleta ou incorreta o histórico de enfermagem. Tal situação, pode gerar diagnósticos imprecisos, resultados inadequados, intervenções ineficazes ou diagnósticos irrelevantes para o paciente, podendo resultar em a perda do diagnóstico mais importante para o indivíduo (NANDA- I, 2015).

Em um estudo realizado por Neves e Shimizu (2010), verificou-se que o enfermeiro tem utilizado o histórico de enfermagem de forma parcial e que as necessidades sociais, psicológicas e espirituais são pouco valorizadas pelos enfermeiros.

No estudo supracitado também foi evidenciado registros incompletos de alguns itens no preenchimento do formulário de avaliação inicial, relacionados a identificação do cliente, assinatura / carimbo do enfermeiro, e de necessidades do paciente como eliminação, oxigenação e regulação térmica. Segundo os referidos autores, tal fato, contribui para a fragmentação dos cuidados prestados descaracterizando a individualização da assistência ao paciente.

Para NANDA-I (2015), existem dois tipos de coleta de dados: inicial e aprofundada. Para as referidas autoras, só passando da coleta de dados iniciais para a coleta de dados aprofundados, usando adequadamente os dados coletados, é que se terá assegurada a precisão diagnóstica, assim sendo, ainda sob a ótica das autoras referenciadas, faz-se necessário uma coleta completa de dados antes do enfermeiro diagnosticar o paciente.

Ainda no domínio 8 dessa pesquisa, ao questionar se o POP de avaliação inicial serviria como fonte de consulta para esclarecimento de dúvidas e se facilitaria a aplicação do PE/ avaliação inicial, 83.33% dos enfermeiros participantes assinalaram positivamente.

A padronização dos procedimentos é considerada como um instrumento gerencial, que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa, e tem sido amplamente utilizada pela enfermagem (ALMEIDA *et al.*, 2012; VIANA, 2012).

Quando questionados aos participantes desta pesquisa se o impresso de avaliação inicial no módulo informatizado facilitaria a aplicação do PE, 75,93% dos enfermeiros responderam positivamente.

Segundo Souza *et al.* (2016), a percepção da importância do impresso de avaliação inicial tem gerado inúmeras propostas de instrumentos de coleta de dados, visando à obtenção dos dados mais completos possíveis, tanto do ponto de vista da quantidade como da qualidade. Ainda para as referidas autoras na construção de um instrumento de coleta de dados deve-se conjecturar, na cultura da instituição em que ele será utilizado, na filosofia de trabalho adotada e nas crenças dos enfermeiros em relação ao cuidado dos pacientes.

No estudo de Boaventura (2017), evidenciou-se o histórico de enfermagem, entre outros, como fator impeditivo da realização da atividade, devido o grande dispêndio de tempo, complexidade e quantidade de informações a ser coletada, todavia, alguns enfermeiros citaram a informatização do PE/SAE como uma solução para o desenvolvimento desta atividade de maneira adequada no hospital pesquisado.

A ampliação do uso da informática nos cenários da prática é uma das estratégias consideradas como impulsionadoras para a implantação da SAE (CARVALHO, 2009).

Na pesquisa realizada por Lima (2012), algumas enfermeiras distinguiram a contribuição do sistema eletrônico ao integrar as classificações de diagnósticos, resultados e intervenções, fundamentando, as tomadas de decisões mais apropriadas a cada paciente, contemplando as suas reais necessidades durante a hospitalização.

Neste contexto, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) se evidenciam, sendo utilizadas, em larga escala, como uma estrutura de apoio ao desenvolvimento do PE, permitindo integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado de Enfermagem (OPAS, 2001).

Isto posto, após análise dos dados coletados neste domínio, evidenciaram-se dois elementos que podem facilitar a implementação da avaliação inicial no INCA/HC I, o registro da avaliação inicial no módulo informatizado e a elaboração de um POP sobre avaliação inicial.

6.1.10 Concordância das AD assinaladas pelos respondentes da pesquisa

Dando continuidade à análise dos resultados dos dados coletados, iniciou-se a discussão sobre as variáveis de Acertos por Domínio (AD).

Ao término da análise dos AD, pode-se concluir que os resultados observados na tabela 2 não encontram congruência com as afirmativas do enunciado da questão 1 e 2, do domínio 1, nas quais 83.35% dos enfermeiros participantes afirmaram ter conhecimento sobre SAE e o PE, e 79.62% afirmaram não ter dificuldades para entender o que é SAE e o PE, evidenciando-se, desta forma, desconhecimento teórico-prático desse processo de trabalho.

O resultado dos AD1, foi maior que os resultados dos AD4 e AD5. Tais resultados podem estar relacionados ao fato das questões do Domínio 1 abordarem bases conceituais da SAE/PE de forma mais ampla, e, as questões dos domínios 4 e 5 abordarem de forma específica, o que requer maior domínio.

O resultado do AD8, relacionada à Avaliação Inicial, foi maior do que os resultados dos outros domínios estudados. A Avaliação Inicial de enfermagem no INCA/ HC I, local da pesquisa, apesar de não ser realizada no módulo informatizado, como deveria ser, é realizada no módulo físico, deduzindo-se haver uma certa familiaridade na prática diária dos enfermeiros participantes da pesquisa com essa temática, o que justifica a maior assertiva nesse domínio.

Mesmo considerando todas essas vertentes, mediana de 05.88% de acertos por domínios, com amplitude mínima de 00% e máxima de 61.76%, o resultado foi baixo, ratificando que o nível de conhecimento dos participantes sobre SAE/PE/ Avaliação Inicial é parcial se considerarmos o todo em detrimento das partes envolvidas.

A literatura aponta que o conhecimento insuficiente ou inadequado acerca da SAE se torna uma barreira para a implantação, adesão e execução desta nas instituições de saúde (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Oliveira *et al.* (2012) afirma que desinteresse e despreparo de alguns enfermeiros influenciam negativamente na implantação da SAE e a capacitação dos profissionais influencia positivamente. No estudo realizado por estas autoras, 92,65% dos participantes responderam conhecer a as cinco etapas do PE; 91.18% responderam ter tido contatos com a SAE durante o período de graduação, entretanto apenas 20.59% destes enfermeiros utilizavam este conhecimento na sua prática diária.

Os resultados do estudo realizado por Tavares (2012) demonstraram que, para a implantação eficaz da SAE, é necessário a capacitação sobre a SAE, sensibilização dos profissionais quanto à sua importância e de avaliação periódica da sua implementação.

Segundo Menezes (2011) para a realização do PE requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro.

Conforme citado por Andrade *et al.* (2017), existe uma certa resistência por parte das categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem em executar as intervenções prescritas pelo enfermeiro sendo essencial para garantir o sucesso da implantação do processo de enfermagem a participação e adesão de toda equipe de enfermagem. Ainda para as respectivas autoras, tal fato pode estar relacionado à carência de capacitação que promova o entendimento de que o processo de enfermagem organiza o serviço e otimiza os cuidados a serem prestados.

Em suma, para assegurar uma assistência de qualidade, com amparo ético, legal e científico o enfermeiro necessita buscar por iniciativa própria embasamento teórico-prático que respalde suas ações, além de transformar o seu campo de trabalho em um ambiente de aprendizado (BONFIM, 2010). O referido autor afirma ainda que, além das condições que a organização possa oferecer, proporcionando um ambiente condizente ao desenvolvimento de uma consciência reflexiva dos profissionais sobre suas ações, o processo de capacitação tende a ser influenciado pelas condições de trabalho, motivações pessoais e atividades realizadas.

Vale ressaltar a Resolução COFEN 563/2017 que aprova o novo código de ética, preconiza como direito de os profissionais de enfermagem aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional, desde que seja para o desenvolvimento da profissão e a favor de sua clientela.

Assim sendo, vale enfatizar que um dos grandes desafios para a implementação da SAE e adesão a esse processo de trabalho seja sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem, condições primordiais para a sua efetividade.

6.2. Quanto ao Estudo antes e depois da aplicação da Sensibilização e Capacitação dos enfermeiros

O estudo antes e depois aplicado neste estudo teve como objetivo comparar os resultados alcançados, relacionados as Avaliações Iniciais realizadas pelos Enfermeiros, participantes dessa pesquisa, antes e após a aplicação da Oficina de Sensibilização e de Capacitação.

Vale ressaltar que todo processo de trabalho deve ser planejado e avaliado periodicamente, de forma a garantir a eficiência e eficácia de seus resultados, em conformidade com as metas pré-estabelecidas.

Dessa forma, entendendo que as metas representam os resultados a serem alcançados para atingir os objetivos propostos, estas, permitem um melhor controle do desempenho da Instituição, Serviço e ou dos processos de trabalho, uma vez que são observáveis, contêm prazos de execução e são quantificadas por meio de indicadores.

Indicadores são medidas utilizadas para descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas (VIEIRA; KURGANT, 2010).

Assim sendo, os resultados desse estudo, se processou meio de indicador de quantidade, tendo como meta inicial, alcançar 70% o índice de Avaliação Inicial, módulo informatizado, realizadas pelos Enfermeiros dos locais estudados, após Sensibilização e Capacitação dos enfermeiros para o desenvolvimento dessa atividade.

Conforme descritos nos resultados, as metas foram atingidas, nos Serviço de Pronto-atendimento Adulto (70.80%) e no Serviço de Pronto-atendimento Pediátrico (70%).

Detalhando um pouco mais esses resultados, houve um aumento, em abril de 2019, após a realização das Oficinas de sensibilização e de Capacitação ocorrido no mês de março de 2019, de 50.4% no quantitativo das Avaliações Iniciais no módulo informatizado realizadas pelos

enfermeiros do Serviço de Pronto-atendimento Adulto, e de 26,15% das Avaliações Iniciais no módulo informatizado realizadas pelos enfermeiros do Serviço de Pronto-atendimento Pediátrico, em relação ao mês de fevereiro, anterior à referida Oficina.

No tocante à Seção Abdominopélvica e ao Serviço de Oncologia Pediátrica, se considerarmos, apenas, o índice de pacientes internados com a Avaliação Inicial de enfermagem na INTRANET, a meta foi totalmente alcançada no Serviço de Oncologia Pediátrica (83%) e parcialmente alcançada na Seção Abdominopélvica (24.36%).

No computo geral, o aumento de 11.2% de crianças internadas no Serviço de Oncologia Pediátrica, com registro de Avaliação Inicial Informatizada, e de 15.54% de pacientes internados na Seção Abdominopélvica já indica melhoria dos processos iniciados.

Entretanto, delineando um pouco mais esses resultados, em relação ao Serviço de Oncologia Pediátrica, em fevereiro de 2019, do total de crianças que se encontravam internadas nesse período, sem Avaliação Inicial de enfermagem, em nenhuma dessas crianças foi realizado pelos enfermeiros desse setor, o registro de Avaliação Inicial. Já em abril de 2019 houveram mudanças neste contexto, alcançando o índice de 27% o registro dessas avaliações realizados pelos Enfermeiros desse referido setor.

Já em relação aos Enfermeiros da Seção Abdominopélvica, estes não realizaram nenhum registro de Avaliação Inicial no módulo informatizado, nem no mês de fevereiro de 2019, nem no mês de abril de 2019, nos pacientes que se encontravam internados, sem a referida avaliação, o que requer um estudo mais aprofundado por parte da Divisão de Enfermagem do HC I e da Chefia desse Setor.

Esses resultados podem ser reflexos da não adesão dos Enfermeiros deste setor à Oficina de Sensibilização e Capacitação, onde a maioria, mais de 90% não compareceram.

Vale lembrar que a capacitação faz parte do planejamento estratégico, tático e operacional de uma empresa ou serviço, com vista a sensibilizar os profissionais, agregar conhecimento e valor institucional, para adesão e melhoria dos processos existentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados coletados e analisados para obtenção do diagnóstico situacional da SAE no INCA/HC I, campo da pesquisa, possibilitaram uma visão mais ampla do processo de trabalho realizado pelos enfermeiros participantes da pesquisa e permitiram compreender e descrever o nível das habilidades e dificuldades técnico-científicas desta amostra sobre SAE/PE e sobre a Avaliação inicial do paciente oncológico.

Nesta perspectiva evidenciou-se fragmentações nas respostas e incongruência entre as afirmativas de conhecimento sobre a SAE, PE e Avaliação Inicial e a prática quotidiana dos respondentes. Percebe-se que falhas encontradas na formação acadêmica dos participantes possam ter refletido na adoção da SAE na prática profissional.

Vale ressaltar que a prática da SAE/PE possibilita o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos, operacionais e éticos, e, desta forma, conquistar o reconhecimento pela qualidade da assistência prestada ao paciente, conjeturando seu papel na sociedade. Destarte, para sua efetivação, a adesão de todos envolvidos neste processo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, é fundamental.

A maioria dos enfermeiros respondentes acreditam que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente bem como para a equipe de enfermagem e que a sua aplicabilidade prática aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho.

Entretanto, este processo sistematizado, sob a ótica dos participantes da pesquisa, possui dificuldades para sua implementação, sendo ocasionados por motivos distintos entre eles a ausência de conhecimento e falta de capacitação sobre SAE/PE na Instituição.

Para os respondentes da pesquisa, elementos como prontuário eletrônico, impresso com diagnósticos, prescrições de enfermagem, linguagem padronizada, adoção de protocolos, recursos humanos em número adequado, envolvimento do enfermeiro com o trabalho, conhecimento, capacitação e educação permanente para enfermeiros em SAE/PE, poderiam facilitar a implementação da SAE e a realização do PE na unidade em que trabalham.

A maioria dos participantes afirmaram não realizar o PE, em sua integralidade, realizando apenas a avaliação inicial de enfermagem e os registros de enfermagem, de forma incipiente, sendo evidenciado que a SAE e o PE não estão implantados nas respectivas unidades de

trabalho, local desta pesquisa, havendo algumas iniciativas isoladas neste sentido, mas que não contempla o PE em toda sua totalidade, como preconizado pela Resolução COFEN 358/2009.

Desta forma, vale lembrar que a ausência de registros do PE em todas as suas fases no prontuário do paciente não permite a avaliação da assistência implementada, nem o acompanhamento da evolução e nem o alcance dos resultados esperados para o restabelecimento da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença.

Outra questão observada, afirmada pelos enfermeiros participantes da pesquisa, trata-se da ausência de apoio institucional para realizar a SAE/PE e o quantitativo insuficiente de enfermeiros para realização da SAE/PE.

Em suma, nessa perspectiva, as instituições de saúde precisam viabilizar o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem para facilitar a implementação dessa metodologia de trabalho nos seus respectivos serviços.

No tocante a avaliação inicial de enfermagem, a maioria dos respondentes concordaram que a avaliação inicial é a fase mais importante do PE, que o instrumento de avaliação inicial deva ser construído a partir de um referencial teórico, entretanto, grande parte destes enfermeiros, desconheciam questões básicas como a equivalência dos termos avaliação inicial, investigação, histórico de enfermagem, coleta de dados, havendo, portanto, desconhecimento relacionado as terminologias existentes, utilizadas na primeira fase do PE.

Apesar dos Enfermeiros, participantes da pesquisa, reconhecerem a importância da Avaliação Inicial para o prosseguimento das demais fases do PE, a maioria dos enfermeiros realizam de forma incompleta ou incorreta essa coleta de dados.

Quanto aos elementos facilitadores para a aplicação do PE/avaliação inicial, foram evidenciados o Impresso de Avaliação Inicial no módulo informatizado e o POP de avaliação inicial.

Quanto ao Impresso Informatizado, este foi alvo dessa pesquisa, que se desenvolveu por meio da aplicação das Oficinas de Sensibilização e de Capacitação para o seu devido preenchimento e dos resultados alcançados após a aplicação da referida Oficina. Quanto ao

POP, a sua construção fica como sugestão para futuros estudos ou para a Educação Continuada do HC I junto às lideranças setoriais.

Ainda em relação ao questionário aplicado, após o levantamento da análise dos resultados dos acertos por domínios, que possuíam questões com bases conceituais, evidenciou-se, no contexto geral, baixos percentuais de acertos, podendo-se concluir mais uma vez, que existe grandes áreas de desconhecimento teórico e prático desse processo de trabalho.

Os dados obtidos do estudo comparativo, antes e após a Oficina de Sensibilização e Capacitação, evidenciaram aumento da adesão dos enfermeiros a esse processo de trabalho. A meta inicial de atingir 70% o índice de registro de Avaliações Iniciais, no módulo Informatizado, nos locais estudados, foi exitosa nos Serviços de Pronto-atendimento Adulto (70.80%) e Pediátrico (70%), e no Serviço de Oncologia Pediátrica (83%).

Neste contexto, observou-se um aumento dos registros de Avaliação Inicial realizado pelos Enfermeiros participantes da pesquisa, com exceção Seção Abdominopélvica, que obteve 0% de adesão desses Enfermeiros a esse processo de trabalho.

Vale ressaltar que o não comparecimento dos Enfermeiros da Seção Abdominopélvica, à Oficina de sensibilização e Capacitação, com frequência inferior a 10%, pode ter refletido nesses resultados.

Destarte, os resultados apresentados nesse estudo validam a hipótese levantada de que a baixa adesão dos Enfermeiros ao preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial do paciente oncológico, no módulo informatizado é justificada pela falta de sensibilização e capacitação para o uso deste instrumento.

Como todo produto de gestão, os resultados são conquistados gradativamente, até se atingir os níveis adequados ao processo.

Segundo Paschoal (2004), o desenvolvimento das pessoas no ambiente de trabalho e sua realização profissional, são considerados fatores de correlação com a produtividade, e com a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Face ao exposto, urge a necessidade de continuidade dessa Oficina, de modo a contemplar todo o efetivo de enfermeiros do HC I, fomentado e fortalecendo a discussão sobre essa temática, ampliando o nível de conhecimento, e de competência nesse quesito.

Assim sendo, vale enfatizar que um dos grandes desafios para a implementação da SAE e adesão a esse processo de trabalho seja sensibilização, capacitação da equipe de enfermagem, nos moldes da Política Nacional de Educação Permanente, condições primordiais para a sua efetividade. A capacitação e o debate sobre essa temática se fazem oportuno, necessário, e permanente, devido à incipiência da aplicação da SAE/PE nas instituições de saúde brasileiras.

Neste sentido, o convênio CAPES/COFEN/UNIRIO reforça o desenvolvimento de pesquisa na Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir de melhorias nos processos de trabalho e conseqüentemente ocasiona impacto direto na prática profissional, na qualidade dos cuidados e segurança do paciente.

Capacitar profissionais para produção de conhecimento científico-tecnológico que gere produtos que possam reverter à prática profissional é uma questão sine qua non no desempenho da enfermagem em âmbito gerencial, educacional e assistencial.

Há que ressaltar a necessidade de incorporação deste conteúdo em novos estudos, principalmente, em estudos que estabeleçam parâmetros transversais mediados por indicadores de qualidade, além dos de quantidade.

REFERÊNCIAS

Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre, 5ª Ed. 2005. Artmed.

Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(spe):131-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>

Andrade J. S., Vieira M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. bras. enferm;*58(3):261-265, maio-jun. 2005.

Andrade J.S., Henriques M.C.L., Amorim C.F., Santos J.J.I., Santos S.E.E., Bastos A.C. sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência: Autonomia e Visibilidade da Equipe de Enfermagem. 2018

Araujo C.R.V, Rosas A.M.M.T.F. O papel da equipe de enfermagem no setor de radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. *Rev Bras Cancerol.* 2008. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf.

Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enferm. Foco* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 ago11]; 1(2):63-5. Disponível em:<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>.

Barth PO, Aires M, Santos LG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2014 jul/set;16(3):604-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 94406/87. Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>. Acesso em 29/03/2018.

Boaventura A. P.; dos Santos P. A.; Duran E. C. M. Conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. *Enfermería Global* Nº 46 Abril 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf.

Bonfim C.B. Capacitação profissional e sua articulação com a prática de enfermeiros. Universidade federal da Bahia, Escola de enfermagem. Dissertação de mestrado. 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/9564/1/Bonfim.pdf>.

Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013; 66(esp):134-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_ttext&pid=S0034-716720130007000177

Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem - intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica de*

Enfermagem. 2009; 11(3):466. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf>.

Carvalho EC, Melo AS. O significado do processo de enfermagem para quem o ministra. *Cogitare Enferm.* 2008;13(3):352-60.

Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto e Contexto Enferm.* 2009;18(2):180-9.;18(2):180-9.

Cavalcante RB, Otoni A, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos CS, Silva PC. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no brasil: um estudo bibliográfico R. *Enferm. UFSM* 2011 Set/Dez;1(3):461-471

Ceccim R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005 [citado 20 jan 2013]; 9(16): 161-77. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>

Chanes D. C., KUSASHARA D. M. Sistematização da assistência de enfermagem: ferramenta para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.* São Caetano do Sul, SP, Yendis Editora, 2009.

COFEN. Lei 7498/86 de 25 de Junho de 1986. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 19/02/18.

COFEN. Resolução n.358 de 15 out 2009. Disponível em: <http://www.coren.rj.org/resolucao>. Acesso: 19/03/18.

COFEN. Resolução 563/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5632017_57808.html

Cubas M.R., Egry E.Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. *Rev. esc. enferm. USP* vol.42 no.1 São Paulo Mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100024>

Cury A. *Organização e métodos: uma visão holística.* São Paulo, 9ª Ed. 2017. Atlas.

Da Mata L.R.F., Souza C.C., Chianca T.C.M., Carvalho E.C. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1512-18 www.ee.usp.br/reeusp/

Donato A.F. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde (Impr).* São Paulo, n. 48, p. 5-14, 2009.

Felix N.N., Rodrigues C. D. S., Oliveira V. D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. *Arq Ciênc Saúde*, 2009 out-dez; 16 (4):155-60. Acesso em: 22 abr. 2014.

Françolin L.; Brito M.F.P.; Gabriel C.S.; Monteiro T.M.; Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Revista de Enfermagem UERJ*. v. 20, n. 1 (2012). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981>

Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* vol.61 no.6 Brasília Nov./Dec. 2008

Gaidzinski R.R.; Fugulin F.M.T.; Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

Gargiulo CA, Melo MCSC, Salimena AMO, Bara VMF, Souza IEO. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 696-702. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>.

Gomes LA, Brito DS. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*. 2012 jul/ago. 5(3):64-70. Disponível em: http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf.

Gordon M. *Nursing diagnoses: process and application*. St. Louis: Mosby; 1994.

Horta W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>. Acesso em 28/04/18.

Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018: Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em 02/05/18.

Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço*. Rio de Janeiro, 3ª Ed. 2008. Rev. Atual. Ampl. Acesso em 06/03/18. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>

Koerich M. S.; Backers D.S.; Scortegagna H.M.; Wall M.L.; Veronese A.M. *et al*. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.

Krauzer I.M., Adamy E.K., Ascari R.A., Ferraz L., Trindade L.L., Neiss M. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia Y Enfermeria XXI* (2): 31-38, 2015 ISSN 0717-2079

Lahm J. V.; Ribeiro D.C. Prontuário Eletrônico do Paciente: Avaliação de Usabilidade pela Equipe de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 38-44 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647664005>.

Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 23];38(1):1-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170162261.pdf>

Lima A.F.C.; Melo T.O. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):175-83. www.ee.usp.br/reeusp. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a24.pdf>

Lucena ICD , Barreira IA. Revista enfermagem em novas dimensões: wanda horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 534-40.

Malucelli A. Otemaier K.R., Bonnet M., Cubas M.R., Garcia T.R. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 4, p. 629-636, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>

Manual Internacional de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA, 2014. Versão 5ª.

McEwen M, Wills EM - Bases Teóricas de Enfermagem - Edição 4ª/2016.

Medeiros A.L., Santos S.R., Cabral R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 44-53, mar. 2013.ISSN 1518-1944. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>. Acessado em 26/10/17.

Medeiros A.L., Santos S.R., Cabral R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem através da Grounded Theory. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 44-53, mar. 2013.ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15323>>.doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>. Acessado em 26/10/17.

Menezes S. R. T; Priel,M. R; Pereira L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*;45(4):953-8, 2011.

Merhy E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, HUCITEC, 3. ed. 2002. Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em 06/03/18.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília-DF 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Mourão A. D., Neves J. T. R. Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia SEGET 2007, 2007, Resende. Anais. Resende: AEDB, 2007.

Nietsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JA, Oliveira BNB. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Ver Enferm UFSM*. 2012. Jan/Abr; 2 (1): 182-189.

Muniz R.M.; Zago M.M.F.; Schwartz E. As teias da sobrevivência oncológica : com a vida de novo. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 25-35, jan/ mar. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411522003>. Acesso em: 20/09/17.

NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre. 10ª Ed. 2015. Artmed.

Neves R.S., Shimizu H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 222-9.

Nietsche E.A.; Lima M.G.R.; Rodrigues M.G.S.; Teixeira J.A.; Oliveira B.N.B. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFSM* 2012 Jan/Abr;2(1):182-189.

Oliveira R.S.; Almeida E.C.; Azevedo N.M.; Almeida M.A.P.; Oliveira J.G.C. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. *Revista UNIABEU Belford Roxo V.8 Número 20 setembro-dezembro de 2015*. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912>.

Oliveira K.F., Iwamoto H.H., Oliveira J.F., Almeida D.V. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. *Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.8 Coimbra dez. 2012*. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1236>

Palmeira E.M.; Gomes L.S.; Azevedo F.P.D. Tecnologia da informação no mundo globalizado, em *Contribuciones a la Economía*. 2010. Disponível em <http://www.eumed.net/ce/2010b/>.

Palomares MLE, Marques IR. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. *JHI* 2010; 2(3):78-82. [acesso em 05 abr 2013]. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/issue/view/12>

Paschoal A.S. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

Pereira A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

Ribeiro GC. Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem, elaborado e validado por Ribeiro (2015). Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-10052017-092656/publico/Ribeiro_GC_dissertacao_fim.pdf

Tannure M.C.; Gonçalves A.M.P. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2.ed. 2013.

Teixeira E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. Out-Dez; v. 12, n.4, p. 598, 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a01.htm> doi: 10.5216/ree.v12i4.12470

Trindade L.R.; Ferreira A. M.; Silveira A.; Rocha E.N. Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 75-82, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/19805/pdf>.

Salci MA, Marcon SS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(3):544-51

Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 22];64(2):355-8. Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf.

Scarparo A. F.; Ferraz C.A.; Chaves L.D.P; Gabriel C.S. Tendência da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a10.pdf>.

Schrader G, Palagi S, Jaks CDW, Ferrazza A. Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com câncer de cabeça e pescoço: um relato de experiência. XIX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas; 2010; Pelotas, 2010. [acesso em 2011 set 20]. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_00481.pdf.

Schwonke CRGB, Filho WDL, Lunardi VL, Santos SSC, Barlem ELD. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev bras enferm. 2011;64(1):189-92.

Silva C.M.G.C.H.; Rodrigues C.H.S.; Lima J.C.; Jucá N.B.H.; Augusto K.L.; Lino C.A. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). Ciência Saúde Coletiva. 2011;16 Supl 1:1457-65.

Silva E.G.C.; Oliveira V.C.; Neves G.B.C.; Guimarães T.M.R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>. Acesso em: jan 2013.

- Silva A.C.C., Giardinetto, A.R.S. B. Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional. São Paulo. Rev. Ter. Ocup. Univ. v.23, n. 3 p. 297-308. , set-dez, 2012.
- Silva D.C.; Alvim N.A.T.; Figueiredo P.A.. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 12, n. 2, Junho, 2008
- Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enferm. Brasília 2012,marabr;66(2):167-73.
- Silva R.C.L.; Louro T.Q. A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização. Revista de enfermagem UFPE On Line. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 15571564, jul./set. 2010.
- Souto MD. Marcas Da Implementação Da Sistematização Da Assistência De Enfermagem Na Enfermaria Cirúrgica Do Hospital Do Câncer III. Tese de Doutorado. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_MariseDutraSouto.pdf
- Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado 21 mai 2012]; 21(1): 32-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04.pdf
- Tavares T.S.; Castro A.S.; Figueiredo A.R.F.F.; Reis D.C.; Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. Revista Mineira de Enfermagem 2012; Volume 17.2. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/650#>
- Truppel T. C.; Meier M.J.; Calixto R.C.; Peruzzo S.A.; Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=pt&tlng=pt
- Viana DG, Cabanas A, Antón LMTB. Proposta de protocolo para uso de EPI em UBS. Rev Eletrônica Enferm do Val do Paraíba. 2012;1(2):37-59. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/reenvap/article/view/557/390>.
- Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiro. Acta paul enferm. 2010; 23(1): 11-15.
- Wills E.M.; McEwen M. Bases Teóricas de Enfermagem . Rio de Janeiro. 4ª Ed. 2016. Artmed

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO (Validado e Adaptado aos objetivos deste estudo)**Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem****Parte 1 – Dados de caracterização do participante**

1. Dados pessoais

1.1.Sexo

A. () Feminino

B. () Masculino

1.2. Data de Nascimento:

2. Formação Profissional

2.1. Escolaridade

A.() Nível Médio B. () Nível Superior C. () Pós-graduação

2.2. Ano que concluiu o curso de enfermagem:

2.3. Função que exerce no vínculo empregatício junto ao Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar (INCA)

A. () Técnico de enfermagem

B. () Auxiliar de enfermagem

C. () Enfermeiro

2.4. Vínculo empregatício que exerce junto ao INCA:

A. () MS

B. () NERJ

3. Ano de admissão no INCA:

Parte 2 – Percepção individual sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) E O Processo de enfermagem (PE), nos aspectos: conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores

• **Instruções para o preenchimento**

Avalie as afirmativas a seguir e de acordo com a sua perspectiva faça a opção pelo número correspondente de um a cinco conforme a escala a seguir:

1 = discordo totalmente

2 = discordo

3 = estou em dúvida

4 = concordo

5 = concordo totalmente

D1 – Sua percepção sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Processo de Enfermagem (PE)	1	2	3	4	5
1- Não sei o que é SAE e PE.					
2- Tenho dificuldade para entender o que é SAE e PE.					
3- A SAE auxilia o planejamento e organização da assistência.					
4- A SAE é um instrumento mais amplo que o PE.					
5- O registro das fases do PE é exigência legal.					
6- O PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.					
7- Cabem privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de Enfermagem.					
8 - A SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível.					
9-Um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações.					
10- O PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada.					
11- A Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de saúde e ambulatórios é considerada a mesma coisa que PE.					

12- Os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE.					
D2 – Sua percepção sobre capacitação sobre SAE/PE	1	2	3	4	5
13- Só responda se for enfermeiro: A formação acadêmica ensina de modo satisfatório sobre SAE e PE.					
14- Só responda se for enfermeiro: A formação acadêmica prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária.					
15- Só responda se for auxiliar ou técnico de enfermagem: os cursos técnicos e auxiliares contemplam a SAE e o PE durante a formação profissional					
16- A educação permanente facilita a implantação da SAE.					
17- Tenho conhecimento para realizar a parte que me cabe como profissional na efetivação da SAE/PE.					
18- Preciso de capacitação para implantar a SAE e realizar PE na prática.					
D3 – Sua percepção sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade	1	2	3	4	5
19- Não acho que existam dificuldades para implementação da SAE/PE.					
20- A pressão da demanda, com excesso de pacientes, é um dificultador para a realização do PE.					
21- Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição.					
22- As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE.					
23- Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para os enfermeiros.					
24- Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar.					
25- A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica.					

26- Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico.					
27-A população não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento do médico.					
28-A instituição não oferece estrutura adequada para a realização da SAE/PE.					
D4 – Sua percepção sobre os benefícios que o uso da SAE e PE podem trazer	1	2	3	4	5
29- Não acredito que a SAE/PE tragam benefícios para o paciente.					
30- A utilização do PE melhora a qualidade da consulta de enfermagem.					
31- A implantação da nomenclatura padronizada na consulta de enfermagem favorece a documentação do trabalho do enfermeiro.					
32- A execução do PE favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros.					
33- A realização do SAE/PE aumenta a autonomia do enfermeiro em seu processo de trabalho.					
34- A SAE e o PE de enfermagem podem trazer benefício para o paciente através da individualização do cuidado.					
35- A SAE pode trazer benefícios para equipe através da organização do processo de trabalho.					
D5 – Sua percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e realização do PE na sua unidade	1	2	3	4	5
36-A existência de prontuário eletrônico facilita a implantação do PE.					
37- A elaboração de um impresso com diagnósticos e prescrições de enfermagem facilita a aplicação do PE.					
37-Oferecer capacitações sobre SAE/PE para equipe facilita sua efetivação.					
38-A instituição oferecer espaço para educação permanente para os enfermeiros, com foco em SAE, facilita a aplicação da SAE e PE.					

39-A garantia de recursos humanos em número adequado ao preconizado pelo Ministério da Saúde facilita a implementação da SAE e realização do PE.					
40-Quando o enfermeiro é envolvido com o trabalho, facilita a implementação da SAE/PE.					
41-A adoção de uma linguagem padronizada facilita a aplicação do PE.					
42- Adoção de protocolos facilita a implementação da SAE/PE.					
43-Quando o enfermeiro tem conhecimento sobre SAE e PE facilita sua implementação.					

Parte 3- Percepção individual sobre a situação da SAE e PE na sua unidade de trabalho

- **Instruções para o preenchimento**

Avalie as afirmativas a seguir e de acordo com a sua perspectiva faça a opção pelo número correspondente de um a cinco conforme a escala a seguir:

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = Algumas vezes

4 = Muitas vezes

5 = Sempre

D6 – Sua percepção sobre o que ocorre na sua unidade	1	2	3	4	5
44- É realizada a consulta de enfermagem, utilizando o PE.					
45- A SAE é utilizada para todas as ações de enfermagem.					
46- Os enfermeiros registram o PE no prontuário do paciente de forma completa.					
47- A equipe de enfermagem valoriza a SAE e checa as prescrições do enfermeiro.					
48- A equipe de enfermagem da unidade participa da realização do PE.					
49- O PE é realizado de acordo com as normas do COFEN					
50- O enfermeiro tem apoio institucional para realizar a SAE/PE.					
51- A unidade possui número de enfermeiros suficientes para realização da SAE/PE.					
52- Nas situações de fiscalização do órgão de classe (COREN) tem sido encontradas irregularidades na execução da SAE e PE na unidade que trabalho.					
D7- Sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE					
53- Realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem.					
54- Sigo as prescrições de enfermagem e checo as ações realizadas.					
55- Avalio o cuidado prestado.					
56- Registro no prontuário do paciente todas as etapas que executo.					
57- Só responda se for enfermeiro: Prescrevo os cuidados para todos os pacientes.					
58- Só responda se for enfermeiro: Faço diagnósticos de enfermagem					
59- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura NANDA.					
60- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura CIPE.					
61- Só responda se for enfermeiro: Utilizo diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura CIPESC.					

62- Só responda se for enfermeiro: Utilizo nomenclatura não padronizada para elaboração de diagnósticos de enfermagem.					
---	--	--	--	--	--

Parte 4 – Percepção individual sobre avaliação inicial (adaptação ao foco do estudo)

- **Instruções para o preenchimento**

Avalie as afirmativas a seguir e de acordo com a sua perspectiva faça a opção pelo número correspondente de um a cinco conforme a escala a seguir:

1 = discordo totalmente

2 = discordo

3 = estou em dúvida

4= concordo

5= concordo totalmente

D8 – Sua percepção sobre Avaliação inicial	1	2	3	4	5
63- A Avaliação Inicial é a fase mais importante do PE					
64- Há equivalência dos termos, conforme o autor, entre Avaliação Inicial, Investigação, Histórico de Enfermagem, Coleta de Dados e outros.					
65- O instrumento de Avaliação Inicial deve ser construído a partir de um referencial teórico.					
66- A avaliação Inicial envolve uma coleta de informações subjetivas e objetivas do paciente, além de uma análise das informações da história do paciente no seu prontuário.					
67- A Coleta de dados durante a Avaliação inicial é composta por múltiplas etapas, com a meta de diagnosticar e priorizar esses diagnósticos.					
68- A coleta de dados e o julgamento clínico são utilizados para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde.					
69 O impresso de Avaliação Inicial do Enfermeiro no módulo informatizado facilita a aplicação do PE.					
70- O Procedimento Operacional Padrão (POP) de Avaliação Inicial serve como fonte de consulta para esclarecimento de dúvidas e facilita a aplicação do PE/ Avaliação Inicial.					

71- Os enfermeiros realizam a avaliação inicial de enfermagem com acurácia.					
72- Realizo a avaliação inicial de enfermagem com aprofundamento dos dados para subsidiar a etapa dos diagnósticos de enfermagem					

APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa - Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico

Participante: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) com a operacionalização do processo de enfermagem (PE) no desenvolvimento da primeira fase deste processo, avaliação inicial de enfermagem, aos pacientes que se tratam no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Hospital de Câncer I, respondendo a um questionário previamente elaborado.

Trata-se de um projeto de mestrado da pesquisadora Sonia Regina Aguiar Souza Springer no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar: Mestrado profissional do Centro de Ciência Biológicas e da Saúde, vinculado à escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

A proposta de estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CEP - INCA), criado para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos e que defenda os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade.

Este estudo se justifica face a necessidade de conformidade com a Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009 que dispõe sobre a Sistematização da assistência de

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador responsável

Página 1 de 7



enfermagem e a implantação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que o cuidado profissional de enfermagem ocorra, de forma a garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, com eficiência e eficácia, dando visibilidade as ações de enfermagem, conduzindo a consolidação da profissão do enfermeiro.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo Capacitar os Enfermeiros responsáveis pelo registro da avaliação inicial, no atendimento de pacientes oncológicos dos setores de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico, Unidade de Internação da Seção Abdomino Pélvica e Oncologia Pediátrica, no módulo informatizado.

Para tal, buscamos descrever o nível das habilidades e dificuldades técnicas-científicas dos Enfermeiros sobre SAE//PE e sobre Avaliação Inicial do paciente oncológico no preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo informatizado; Desenvolver um treinamento sobre registro de avaliação inicial do paciente oncológico no módulo informatizado; Monitorar a adesão e a qualidade dos registros dos enfermeiros no preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo informatizado, após a capacitação das equipes para sua utilização.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Serão convidados a participar do estudo enfermeiros que trabalham no Pronto Atendimento Adulto, Pronto Atendimento Pediátrico, Seção de Cirurgia Abdômino-Pélvica e Oncologia Pediátrica do INCA/HC I.

Se você decidir integrar este estudo, você participará em dois momentos distintos: preenchimento de um questionário e uma capacitação.

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável

Página 2 de 7



O primeiro respondendo a um questionário estruturado onde constarão questões acerca da SAE, PE e Avaliação Inicial. O questionário é simples, contém 72 perguntas ao todo, não constando nenhuma informação que o identifique. As respostas já estão escritas ao lado de cada pergunta, basta apenas assinalar com um “X” a resposta que mais você se identifica no momento em que está respondendo.

Você não precisará vir ao hospital apenas para responder ao questionário, que lhe será entregue no dia do seu plantão, no seu turno de serviço. Terá cerca de uma hora (01 hora) para respondê-lo. No momento das respostas, você não será acompanhado pelo pesquisador, nem pela sua equipe, para que se sinta mais à vontade em responder. Após uma hora, retornarei para recolher o questionário. O dado coletado neste questionário subsidiará na construção do plano de capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial do paciente oncológico no módulo informatizado.

O segundo momento será destinado a capacitação que acontecerá durante a carga horária diurna dos enfermeiros alocados no pronto atendimento adulto e pediátrico, nas unidades de internação da seção abdomino-pélvica e oncologia pediátrica, no mês de novembro de 2018, em um encontro com duração de quatro horas, adotando-se como tecnologia educacional um programa de sensibilização com uma aula expositora padrão sobre a importância do referido instrumento de avaliação inicial, sendo abordado a SAE/PE/Avaliação Inicial ao paciente oncológico e a apresentação do POP de avaliação inicial previamente elaborado. Será utilizado uma metodologia ativa - o método Problem Based Learning (PBL) - conhecida com a Aprendizagem Baseada em Problemas, propiciando aos participantes do estudo um contato com os problemas reais, levando-os a compor uma análise crítica no que concerne ao conceito, procedimentos e atitudes que devem ser tomadas diante dos casos clínicos que serão ofertados, explorando a ciência envolvida em situações complexas para a construção e aprofundamento dos itens pertencentes ao instrumento de

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável

Página 3 de 7



avaliação inicial que subsidiarão as competências interpessoais e de cooperação em grupo para o cuidado a ser ofertado (FRANCISCO E QUEIROZ, 2007).

BENEFÍCIOS

Não haverá necessariamente benefícios diretos na sua participação no estudo, porém o benefício esperado é a contribuição para o conhecimento da ciência e potenciais melhorias nas práticas de enfermagem. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, Identifique-se os elementos que apoiem a implantação e a efetivação da SAE, com o estabelecimento de metas e de resultados, dos diagnósticos de enfermagem e as decisões terapêuticas de enfermagem, numa visão holística da assistência a ser prestada, garantindo, desta forma, uma assistência de qualidade, com eficiência e eficácia.

RISCOS

Como toda pesquisa não é isenta de risco, esta pode causar algum desconforto. Você pode achar que determinadas perguntas o (a) incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais, sobre suas atividades desenvolvidas em sua jornada diária de trabalho, de certa forma, expondo-o embora seja garantido a todos o absoluto sigilo das informações. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. A pesquisadora compromete-se a sanar ou minimizar esta ocorrência.

CUSTOS

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável



Você não terá nenhum custo bem como não receberá nenhuma remuneração pela sua participação. As datas dos encontros coincidirão com as datas do seu plantão, não havendo portanto, gasto com transporte para esse estudo. Esta pesquisa contará com financiamento do CAPES/COFEN, não acarretando, desta forma, nenhum custo para a Instituição campo de pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, sua identidade será mantida de maneira confidencial e sigilosa. Seu nome não será utilizado em nenhuma fase da pesquisa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados pessoais, bem como às informações colidas.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária e a recusa em autorizá-la não acarretará quaisquer penalidades ou interferência na sua vida profissional. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deve ser comunicada imediatamente para que a coleta de dados seja interrompida e o conteúdo do questionário fornecido seja descartado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável

Página 5 de 7



Você tem todo o tempo que achar necessário para ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tirar quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo. Os Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do INCA são órgãos institucionais que têm por objetivo proteger o bem-estar dos participantes da pesquisa. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora Sonia Regina Aguiar Souza Springer no telefone (021) 3207-1378 de 07:00 às 13:00 ~~hs~~. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br ou também com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer, endereço: Rua do Resende, nº128, sala 203, de segunda a sexta, das 9h às 17h, pelos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Tendo tomado conhecimento das características de sua participação e caso esteja de acordo, solicitamos a sua assinatura na parte inferior do presente documento.

CONSENTIMENTO

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável



Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
-----------------------------------	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Sonia Regina Aguiar Souza Springer Pesquisadora	/ / Data
--	-------------

Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 1.0 de 01 de março de 2018.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador
responsável

APÊNDICE C – PLANO DE CURSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO (EEAP)

PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR -
MESTRADO PROFISSIONAL

PLANO DE CURSO

<p>I.CURSO: Capacitação para o registro de Avaliação Inicial do paciente Oncológico, no módulo Informatizado.</p>
<p>II. EMENTA: Sensibiliza os enfermeiros para a implementação da SAE/PE e para o registro de Avaliação Inicial no módulo informatizado. Discuti sobre os elementos construtivos para a implantação da SAE. Aborda os aspectos estruturantes da SAE.</p>
<p>III.TEMA: Oficina de Capacitação para uso na INTRANET do formulário de Avaliação Inicial de Enfermagem.</p>
<p>IV.PROFESSOR: Mestranda Sonia Regina Aguiar Souza Springer, Enf. Rosana Fidélis Coelho Vieira, Enf. Jorge Leandro do Souto Monteiro.</p>
<p>V. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Data: 15/03/19; 26/03/19</p> <p>Horário: 08:00 às 12:00 h</p>

Carga Horária: 4 Horas

Público Alvo: Enfermeiros do INCA/HCI

Local: Marques de Pombal Nº 125, 2º andar, Sala Multimídia.

VI. OBJETIVOS:

- **GERAL:**

Capacitar enfermeiros para o registro de Avaliação Inicial do paciente Oncológico

- **ESPECÍFICOS:**

1. Apresentar aspectos conceituais e práticos sobre SAE, PE e Avaliação Inicial
2. Referenciar as teorias de enfermagem;
3. Abordar a importância do cumprimento da Legislação vigente quanto a SAE/PE;
4. Discutir a importância desta temática na busca da identidade do profissional enfermeiro;
5. Contextualizar a coleta de dados durante a avaliação inicial do paciente oncológico;
6. Estimular o raciocínio clínico no desenvolvimento do PE;
7. Apresentar e discutir o formulário de Avaliação no módulo Informatizado.

VII. CONTEÚDO:

➤ **Unidade I**

- Conceitos e equivalência de termos;
- O enfermeiro frente à SAE e ao PE: Identidade Profissional do enfermeiro; Pilares de sustentação da SAE/PE;
- Bases Legais: Lei do Exercício Profissional nº 4798 de 25/06/86; Decreto nº94.406 de 08/06/87; Resolução do COFEN nº 311/2007; Resolução do COFEN 358/2009; Resolução COFEN 466/2012; Resolução COFEN Nº 514/2016;
- Bases de Qualidade: Sistemas de Certificação de qualidade;
- Etapas para a Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Resolução COFEN 358/2009;
- Eixos Estruturantes da SAE: Quanto aos métodos, instrumentos e pessoas;
- Etapas do processo de enfermagem;
- Teorias de Enfermagem;
- Avaliação Inicial;

➤ **Unidade II**

- Estudo de casos clínicos;
- Preenchimento na Intranet do Instrumento de Avaliação Inicial, módulo informatizado, com dados coletados no caso clínico.

VIII. METODOLOGIA:

- Aula expositiva dialogada;
- Metodologia ativa - Problematização (PBL);
- Recursos didáticos: Datashow; computadores.

IX. AVALIAÇÃO: Participação em aula e participação da atividade prática

X- CUSTOS:

- Coffee break - R\$ 400,00 (Para os dois dias)

XI. BIBLIOGRAFIA:

- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009 – Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Legislação e Normas COFEN, Brasília 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- FIGUEIREDO, NMA. Tratado Prático de Enfermagem. São Caetano do SUL, SP: Yendis Editora, 2008.
- HORTA, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EDUSP, 1979.
- HERDMAN, TH; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre, 2015
- ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Arrmed, 2010.
- TANNURE, MC; PINHEIRO, AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.

APÊNDICE E – PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

DESPESA	VALOR	
	1º ANO	2º ANO
Participação em eventos científicos	3.899,75	4.431,37
Material de Consumo (Material de Escritório, Cartucho para impressora, Tonner, entre outros)	849,35	515,72
Serviço pessoa física – auxiliar de pesquisa	294,70	2.547,50
Material de limpeza e conservação de laboratório	4,00	75,76
Serviços gráficos	79,11	708,28
Serviço pessoa jurídica (serviços de instalação de materiais, inscrição em eventos científicos, auxílio na publicação de trabalhos científicos e tradução de trabalhos científicos)	296,75	9.022,59
Serviço de processamento de dados	372,75	107,50
Serviço pessoa jurídica - postagem	12,82	38,47
Manutenção, recuperação e reposição de equipamentos	1.571,00	-

ANEXO A – Consentimento para utilização do questionário

Boa tarde Sonia,

Autorizo a utilização do questionário, dando os devidos créditos...

Se necessitar de algum termo de consentimento, pode me enviar.

Att,

Grasielle Camisão Ribeiro

De: Sonia Regina Aguiar Souza Springer <SSpringer@inca.gov.br>

Enviado: terça-feira, 24 de abril de 2018 14:21:23

Para: grasielleribeiro@hotmail.com

Assunto: Consentimento para usar questionário

Eu sou Sonia Springer, mestranda da escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

Estou desenvolvendo uma dissertação que versa sobre a seguinte temática: Sistematização da Assistência de enfermagem: Capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial do paciente oncológico. Para tal, entre outros, buscamos descrever o nível das habilidades e dificuldades técnicas-científicas dos Enfermeiros sobre SAE/PE/avaliação inicial. Buscando na literatura, encontrei o seu trabalho que possui um questionário muito parecido com o que eu pretendia fazer, portanto gostaria de pedir autorização para utilizá-lo no meu projeto de uma forma adaptada para atender os objetivos do meu projeto.

Aguardo a sua resposta,

Atenciosamente,

Sonia Springer

Enfermeira INCA/HCI/Radiodiagnóstico

COREN-RJ23954 Mat. 3104791

Ramal 1378

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico

Pesquisador: SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91294418.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.793.660

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) com a operacionalização do processo de enfermagem (PE) no desenvolvimento da primeira fase deste processo, avaliação inicial de enfermagem. Este estudo se justifica face a necessidade de conformidade

com a Resolução COFEN N° 358 de 15 de outubro de 2009 que dispõe sobre a Sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do

Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que o cuidado profissional de enfermagem ocorra, de forma a garantir uma

assistência de enfermagem de qualidade, com eficiência e eficácia, dando visibilidade as ações de enfermagem, conduzindo a consolidação da

profissão do enfermeiro. HIPÓTESE: A baixa adesão do Enfermeiro ao preenchimento do instrumento de avaliação inicial é justificada pela falta de

sensibilização e capacitação para o uso deste instrumento. OBJETIVO GERAL capacitar os Enfermeiros responsáveis pelo registro da avaliação

inicial, no atendimento de pacientes oncológicos. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: descrever o nível das habilidades e dificuldades técnicos-científicas

dos Enfermeiros sobre SAE//PE e Avaliação Inicial; Desenvolver um treinamento sobre registro de

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.660

avaliação inicial do paciente oncológico no módulo informatizado; Monitorar a adesão e a qualidade dos registros dos enfermeiros no preenchimento deste instrumento, após a capacitação das equipes para sua utilização. MÉTODO: Estudo tipo observacional, descritivo e transversal com abordagem quantitativa para coleta e análise dos dados e para a construção do produto: o processo de análise administrativo de Cury. Para a capacitação será adotado como tecnologia educacional um plano de sensibilização com uma aula expositora padrão sobre a importância do referido instrumento de avaliação inicial. Será utilizado também uma metodologia ativa - o método Problem Based Learning (PBL) - conhecida com a Aprendizagem Baseada em Problemas, propiciando aos participantes do estudo um contato com os problemas reais, levando-os a compor uma análise crítica no que concerne ao conceito, procedimentos e atitudes que devem ser tomadas diante dos casos clínicos que serão ofertados. COLETA DE DADOS: Os dados primários serão coletados por meio da técnica de questionário estruturado já validado, com adaptações para atender aos objetivos do estudo. Para o levantamento do quantitativo dos instrumentos de avaliação inicial no módulo informatizado que foram preenchidos antes e após a capacitação dos enfermeiros, serão utilizados dados secundários coletados no Sistema Absolute e na Intranet. Os dados coletados do serão organizados e armazenados num banco de dados a ser construído numa planilha Microsoft Excel® 2007 e transportados para o software R® versão 3.4.4, para análise dos mesmos. LOCAL DA PESQUISA: Setores de Pronto Atendimento, Adulto e Pediátrico, Setores de Internação, Seção de Cirurgia Abdômino-Pélvica e Oncologia Pediátrica, da Unidade I do INCA. Amostra: De uma população de cem (100) profissionais de enfermagem lotados no local da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, contaremos com uma amostra de trinta (38) enfermeiros com possibilidades de fazer parte da pesquisa. ANÁLISE DOS DADOS: Será processada por estatística descritiva, utilizando-se de tabelas e gráficos de distribuição de frequência, absoluta e relativa, das respostas relacionadas as variáveis estudadas e de medidas descritivas de tendência central, média e mediana, bem como de

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ


Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.660

indicadores de quantidade (meta de 90% de registros das avaliações iniciais, no módulo informatizado institucionalizado) e de qualidade (meta de registrar 70% do conteúdo do instrumento da avaliação inicial no módulo informatizado).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Capacitar os Enfermeiros responsáveis pelo registro da avaliação inicial no atendimento de pacientes oncológicos dos setores de Pronto

Atendimento Adulto e Pediátrico, Unidade de Internação da Seção Abdomino Pélvica e Oncologia Pediátrica, no módulo informatizado da instituição.

Objetivo Secundário:

Descrever o nível das habilidades e dificuldades técnicas-científicas dos Enfermeiros sobre SAE/PE e sobre Avaliação Inicial do paciente oncológico

no preenchimento do Instrumento de Avaliação Inicial no módulo informatizado; Desenvolver um treinamento sobre registro de avaliação inicial do

paciente oncológico no módulo informatizado. Monitorar a adesão e a qualidade dos registros dos enfermeiros ao preenchimento do Instrumento de

Avaliação Inicial no módulo informatizado após a capacitação das equipes para sua utilização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferecerá riscos mínimos aos participantes uma vez que estes fornecerão informações sobre atividades desenvolvidas em sua jornada

diária de trabalho, de certa forma, expondo-os, embora seja garantido a todos o absoluto sigilo das informações.

Benefícios:

Os benefícios serão oriundos dos conhecimentos produzidos e que serão divulgados posteriormente, sendo importante para os profissionais de

enfermagem que terão acesso à avaliação das condições de implantação e implementação da SAE/PE/avaliação inicial, avanços e dificuldades dos

serviços de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico da Instituição campo desta pesquisa, para essa implantação. Estas informações subsidiarão aos

profissionais que estejam interessados no assunto, para fins de pesquisa, bem como a Diretora da

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.793.660

Divisão de Enfermagem para elaboração de do plano de melhoria dos processos assistenciais, gerenciais e de ensino e aos enfermeiros da educação continuada que assessoram a Divisão de Enfermagem promovendo ações educativas-treinamento, atualização e capacitação das equipes de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1181091_E1.pdf	31/07/2018 12:22:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/05/2018 17:16:30	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Formularioparasubmissao de estudos no I NCA.pdf	30/05/2018 17:13:45	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodeusodedadoscoletadosemanuseiodasamostrasbiologicas.pdf	30/05/2018 17:13:08	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaoderecruitamentodepacienteseseobtencaodotermodeconsentimentolivre esclarecido.pdf	30/05/2018 17:10:44	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Termodecompromissodopesquisador.pdf	30/05/2018 17:07:19	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaosobre despesa referentes a tratamentoseouprocedimentos.pdf	30/05/2018 17:04:39	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.793.660

Outros	Declaracaosobresuspensaoouencerramentodoestudo.pdf	30/05/2018 17:03:53	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodeprivacidadeconfidencialidade.pdf	30/05/2018 16:57:57	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodepublicacaodosresultados.pdf	30/05/2018 16:56:46	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	termodeAnuencia.pdf	30/05/2018 16:39:29	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2018 16:23:22	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/05/2018 15:51:17	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP INCA



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Capacitação dos enfermeiros para avaliação inicial ao paciente oncológico

Pesquisador: SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91294418.0.3001.5274

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.871.429

Apresentação do Projeto:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018.

Recomendações:

- Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.871.429

2018.

Resposta à recomendação:

Em referência a adequação da estimativa amostral, no cadastro na Plataforma Brasil e na folha de rosto desconsiderar a amostra de participantes n =40 lê-se n= 38, fato este que ocorreu devido erro de digitação. Tal ajuste não foi possível diretamente no formulário da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Trata-se da an[álise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 2.833.444, de 21 de Agosto de 2018:

Pendência:

1. Quanto ao projeto de pesquisa (documentos "PROJETO.pdf" e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1191832.pdf" de 02/08/2018):

1.1. No documento "PROJETO.pdf" lê-se "Essa coleta de dados será realizada por meio da técnica de questionário estruturado (APÊNDICE I)"; "O questionário intitulado [...] foi adaptado pela pesquisadora, após autorização da autora supracitada para sua utilização nesta pesquisa (ANEXO I)"; "Convém esclarecer, contudo, que esses momentos do processo de análise administrativo são interdependentes, podendo haver superposição das fases, durante o planejamento e execução do cronograma recomendado por Cury (2017). (APÊNDICE III)" e "As despesas estão detalhadas em uma planilha orçamentária (APÊNDICE IV)". Contudo, estes anexos e apêndices não foram localizados nos documentos disponíveis no cadastro na Plataforma Brasil. Solicita-se adequação.

RESPOSTA:

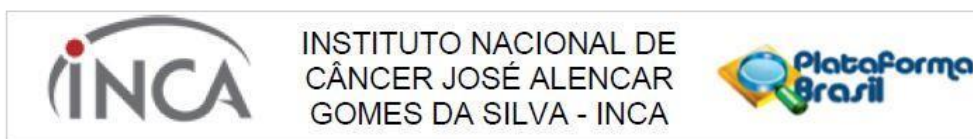
Foram enviados/ anexados arquivo APÊNDICE I (QUESTIONÁRIO), ANEXO I (autorização para utilização do Questionário), APÊNDICE III (cronograma de Cury), APÊNDICE IV(Planilha orçamentária).

Análise: pendência atendida.

Pendência:

1.2. No Formulário para Submissão de Estudos no INCA (documento "FormularioparasubmissaodeestudosnoINCA.pdf") foram incluídos os colaboradores Osniir Claudiano da Silva Junior, Mônica de Almeida Carreiro e Alexandre Silva. Contudo os

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 2.871.429

colaboradores não foram incluídos no cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil. Todos os membros da equipe envolvida, adequadamente informados sobre o protocolo, o(s) produto(s) da pesquisa e suas tarefas e funções, deverão ser inseridos no cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil a fim de garantir o cumprimento dos requisitos e diretrizes estipulados na Resolução CNS 466/12 e toda a regulamentação complementar relativa à ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Solicita-se adequação.

RESPOSTA:

Não foi possível incluir na Plataforma Brasil a equipe de pesquisa Osniir Claudiano da Silva Junior - CPF 867 945 237-87; Mônica de Almeida Carreiro - CPF 499 854 427 -68; Alexandre Silva - CPF 278 613 148 – 04; porém estão presentes e com as devidas assinaturas no Formulário de Submissão INCA, são membros da UNIRIO, pois a Pesquisa em Coparticipação.

Análise: pendência atendida.

Pendência:

2. Quanto ao Cronograma de Execução Solicita-se adequação em relação à data de início do estudo, dado que este ainda se encontra em análise no CEP-INCA.

RESPOSTA:

Foi alterado o novo Cronograma e anexado na Plataforma Brasil.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.871.429

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1191832.pdf	28/08/2018 16:54:48		Aceito
Outros	CartaRespostaaoParecerConsustancia doCEPINCA.pdf	28/08/2018 16:53:50	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	CRONOGRAMADEEXECUCAO.pdf	28/08/2018 16:48:32	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	APENDICEIVPLANILHAORCAMENTARIA.pdf	28/08/2018 16:45:57	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	APENDICEIIICRONOGRAMACURY.pdf	28/08/2018 16:45:34	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	ANEXO1.pdf	28/08/2018 16:45:00	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	APENDICEIQUESTIONARIO.pdf	28/08/2018 16:44:44	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/05/2018 17:16:30	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	FormularioparasubmissaodeestudosnoINCA.pdf	30/05/2018 17:13:45	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodeusodedadoscoletadosemanuseiodasamostrasbiologicas.pdf	30/05/2018 17:13:08	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaoderecramentodepacienteseobtencaodotermododeconsentimentolivre esclarecido.pdf	30/05/2018 17:10:44	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Termododecompromissodopesquisador.pdf	30/05/2018 17:07:19	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaosobredespesareferentesatratamentoseouprocedimentos.pdf	30/05/2018 17:04:39	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaosobresuspensaoouencerramentodoestudo.pdf	30/05/2018 17:03:53	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodeprivacidadeconfidencialidade.pdf	30/05/2018 16:57:57	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
Outros	Declaracaodepublicacaodosresultados.pdf	30/05/2018 16:56:46	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.871.429

Outros	Declaracaodepublicacaodosresultados.pdf	30/05/2018 16:56:46	SPRINGER	Aceito
Outros	termodeAnuencia.pdf	30/05/2018 16:39:29	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2018 16:23:22	SONIA REGINA AGUIAR SOUZA SPRINGER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Setembro de 2018

Assinado por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Página 05 de 05